ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ W PODMIOTACH OCHRONY ZDROWIA

pod redakcją
Piotra Celeja

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ W PODMIOTACH OCHRONY ZDROWIA

pod redakcją
Piotra Celeja

OFICYNA WYDAWNICZA „HUMANITAS”
WYŻSZA SZKOŁA HUMANITAS

Sosnowiec 2017

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Recenzent
dr hab. Wiesław Urban, prof. nzw. Politechniki Białostockiej

Redaktor Oficyny Wydawniczej „Humanitas”
Danuta Dziewięcka

Projekt okładki
Bartłomiej Dudek

Copyright by
Oficyna Wydawnicza „Humanitas”
ul. Kilińskiego 43
41-200 Sosnowiec
tel.: 32 363 12 25
e-mail: wydawnictwo@humanitas.edu.pl
dystrybucja@humanitas.edu.pl

ISBN: 978-83-65682-86-4

Sosnowiec 2017

Sfinansowano z dotacji podmiotowej na utrzymanie potencjału badawczego
w 2016 roku Wydziału Administracji i Zarządzania Wyższej Szkoły Humanitas

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Spis treści

Wstęp 9

Renata Rasińska
Iwona Nowakowska
Agnieszka Bańkowska
Zarządzanie jakością w podmiocie działalności leczniczej versus wybrane wskaźniki jakości pracy i ich wpływ na ocenę jakości usług medycznych 11

Joanna Zdanowska
Rola personelu medycznego w systemie jakości usług zdrowotnych 27

Anna Rybarczyk-Szwajkowska
Instrumenty stosowane w procesie doskonalenia jakości usług medycznych 41

Anna Rybarczyk-Szwajkowska
Ocenianie jakości usług medycznych 55

Ewa Popławska
Wybrane aspekty wdrożenia systemu zarządzania jakością według normy PN-EN ISO 9001:2015 w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem specyfiki usług medycznych 73

Paweł Lipowski
Prawne warunki zarządzania jakością w świetle przepisów o działalności leczniczej 87

Edyta Mioduchowska-Jaroszewicz
Mirela Romanowska
Wpływ kosztów i przychodów na wynik finansowy podmiotu leczniczego 101

Dariusz Grelowski
Regulacje systemu ochrony zdrowia a jakość usług zdrowotnych 127

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Table of contents

Introduction 9

Renata Rasińska
Iwona Nowakowska
Agnieszka Bańkowska
Management of quality in a medical felicity versus selected indicators of work quality and their influence on the evaluation of medical services 11

Joanna Zdanowska
The role of medical staff in the health service quality system 27

Anna Rybarczyk-Szwajkowska
The instruments used in the process of improving the healthcare quality services 41

Anna Rybarczyk-Szwajkowska
Evaluating the quality of medical services 55

Ewa Popławska
Selected aspects of the implementation of the quality management system according to the standard PN-EN ISO 9001:2015 in health care entities into account the peculiarities of medical services 73

Paweł Lipowski
Legal quality management conditions in the light of the provisions on medical activities 87

Edyta Mioduchowska-Jaroszewicz
Mirela Romanowska
Impact of costs and revenues on the financial result of the health entity 101

Dariusz Grelowski
Regulations of the health care system and the quality of health services 127

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Wstęp

Dbałość o systemową jakość w ochronie zdrowia stanowi jeden z fundamentów jej właściwego funkcjonowania w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, zarówno z punktu widzenia świadczeniodawców, instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, organów kontroli i nadzoru, jak i świadczeniobiorców. O tym, jak dużą rolę odgrywa zarządzanie jakością w procesach medycznych oraz administracyjnych, niech świadczy fakt permanentnego doskonalenia organizacji pod kątem jak najlepszego realizowania ustawowych i statutowych zadań w oparciu o kwalitologię, naukę o jakości. Jak pisze Władysław Mantura, „współcześnie występuje korzystny dla rozwoju kwalitologii trend, polegający na rozszerzaniu obiektu badań na produkty, procesy, działania i systemy występujące w różnych organizacjach. Powiększa się także spektrum aspektów badawczych, wykraczających daleko poza problematykę kontroli technicznej”[1].

Nie inaczej jest w przypadku systemu opieki zdrowotnej. Wykorzystuje ona w działalności menedżerskiej oraz diagnostyczno-leczniczej wypracowane modele wynikające z interdyscyplinarności kwalitologii, implementując je w wybrane bądź holistyczne elementy organizacji świadczących usługi medyczne. W modelach biznesowych współczesnych organizacji, tak komercyjnych, jak i działających na zasadach non-profit, rośnie znaczenie jakości i zarządzania nią jako skutecznego narzędzia realizacji celów i zadań strategicznych, operacyjnych i bieżących organizacji. Dotyczy to również placówek funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia, które – dla zwiększania swojej skuteczności w zaspokajaniu potrzeb odbiorców – inwestują w działania generujące wysoką jakość usług czy oferowanych produktów. Rolę zarządzania jakością na rynku ochrony zdrowia zwiększają obecnie rozliczne czynniki systemowe, świadomościowe i społeczne: przepisy prawne, wzmagająca się walka konkurencyjna, profesjonalizacja zarządzania, upowszechnienie się menedżeryzmu jako doktryny zarządzania itp. Należy domniemywać, że wdrożenie w przyszłości ustawy o jakości w ochronie zdrowia dodatkowo zdynamizuje i wzmocni ów proces. Efektywne funkcjonowanie służby zdrowia wywiera istotny wpływ na jakość życia społeczeństw, a u źródeł tej efektywności leży z kolei racjonalne, nowoczesne, zgodne z najwyższymi standardami zarządzanie placówkami służby zdrowia, uwzględniające paradygmaty zarządzania przez jakość.

Zadaniem niniejszej monografii jest dokonanie przyczynku do analizy wzajemnych relacji między systemem opieki zdrowotnej a znaczeniem jakości usług oraz identyfikacja czynników wpływających na efektywność i skuteczność zarządzania

[1] W. Mantura, *Wybrane zastosowania kwalitologii*, „Zarządzanie i Finanse. Journal of Management and Finance” 2012, 3/1, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2012.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

jakością w placówkach ochrony zdrowia. Ma ona na celu wskazanie i dokonanie typologii podstawowych metod i technik poprawy jakości w zakresie świadczeń zdrowotnych oraz wypracowanie rozwiązań aplikacyjnych służących optymalizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych i zwiększaniu ich przewagi konkurencyjnej. Monografia jest adresowana nie tylko do menedżerów zdrowia (dyrektorów placówek medycznych, kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych, pełnomocników i auditorów ds. jakości), ale także do lekarzy i personelu pomocniczego, którzy mogą znaleźć w niej odpowiedź na nurtujące ich pytania dotyczące systemowego zapewniania wysokiej jakości w placówkach medycznych i okołomedycznych. Ufam, że zebrane dane pozwolą na nowe wypracowanie definicji pojęcia „jakość w ochronie zdrowia", poszerzenie wiedzy z tego obszaru oraz dokonanie klasyfikacji czynników, które składają się na obiektywną i subiektywną ocenę jakości usług świadczonych przez podmioty lecznicze oraz inne podmioty funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia.

Piotr Celej

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Renata Rasińska[1]
Iwona Nowakowska[2]
Agnieszka Bańkowska[3]

Zarządzanie jakością w podmiocie działalności leczniczej versus wybrane wskaźniki jakości pracy i ich wpływ na ocenę jakości usług medycznych

Streszczenie
Zarządzanie jakością stanowi jeden z priorytetowych procesów zarządzania podmiotami leczniczymi. Ukierunkowane m.in. na ocenę jakości świadczonych usług medycznych, a także realizację oczekiwań pacjentów daje obraz posiadanych zasobów kadrowych, ich potencjału, szkoleń i doskonalenia zawodowego, a w konsekwencji ocenę jakości pracy. Celem opracowania jest analiza zarządzania jakością przez pryzmat wybranych wskaźników jakości pracy i ich wpływu na ocenę jakości pracy pielęgniarek aktywnych zawodowo.

Słowa kluczowe: zarządzanie jakością, jakość pracy, pielęgniarki

Wstęp

Proces skutecznego i sprawnego zarządzania podmiotami działalności leczniczej w warunkach ciągłych zmian systemowych i organizacyjnych jest wyzwaniem dla kadry kierowniczej ze względu na realizację podstawowych celów i misji organizacji.

Niezwykle istotnym faktem jest włączenie w kompleksowe działania wszystkich dostępnych zasobów w celu ich efektywnego wykorzystania do realizacji sprecyzowanych celów[4] we wszystkich funkcjach zarządzania (planowaniu, organizowaniu, przewodzeniu i kontrolowaniu)[5].

Jakość usług medycznych musi być wzmacniana sprecyzowanymi standardami w trakcie realizacji działań podmiotu leczniczego w oparciu o sfery: informacyjną, zarzą-

[1] Dr inż.; Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
[2] Dr inż.; Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
[3] Zakład Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu.
[4] R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2002, s. 38; J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1998, s. 20, 24, 613.
[5] J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert, *Kierowanie*…, s. 20, 24, 613.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

dzania, ekonomiczno-administracyjną, marketingu, opieki medycznej oraz techniczną[6].

Zarządzanie jakością to jeden z priorytetowych procesów w zarządzaniu podmiotami działalności leczniczej. Jest traktowane jako zbiór działań wpływających na cele i politykę jakości w organizacji poprzez m.in. planowanie jakości, sterowanie jakością, zapewnienie jakości oraz doskonalenie jakości[7]. Ideą zarządzania jakością w każdej organizacji jest sprawne wdrożenie systemu zarządzania jakością. Efektywizacja tego procesu może być możliwa wówczas, gdy oferowane usługi będą w stanie zaspokoić zapotrzebowanie i wymagania klientów – pacjentów, przy jednoczesnym zapewnieniu kontroli organizacyjnej i realizacji celów jakościowych[8] w jak najszerszych obszarach.

A. Hamrol i M. Mantura definiują zarządzanie jakością jako „całość wyodrębnioną organizacyjnie w systemie zarządzania organizacji, złożoną z systemu zarządzającego jakością oraz ujętego jakościowo systemu zarządzanego"[9]. W typologii zasad zarządzania jakością zostały sklasyfikowane: orientacja na pacjenta, zapewnienie przywództwa, zaangażowanie wszystkich członków organizacji, podejście procesowe, podejście systemowe, ciągłe doskonalenie, rzeczowe podejście do procesu podejmowania decyzji wraz z dokumentowaniem działań projakościowych oraz partnerskie stosunki z dostawcami[10]. Algorytm wymiarów oceny jakości według modelu PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, *Narzędzia dla poprawy oceny jakości w szpitalach*) wskazuje na orientację na pacjenta oraz bezpieczeństwo pacjenta możliwe do osiągnięcia poprzez efektywność kliniczną, skuteczność i wydajność, efektywność pracy i bezpieczeństwo pracowników oraz odpowiedzialność zarządzania[11].

Wyzwaniem, które stoi przed placówkami sektora zdrowotnego, jest sprawna kategoryzacja procesu organizacji pracy w danej instytucji. Celem tych poczynań są efektywne zabiegi racjonalnego wykorzystywania posiadanych zasobów organizacyjnych – ludzkich, finansowych itd. Konsekwencją tych zorganizowanych działań jest wzrost zadowolenia z pracy, który w znaczący i bezpośredni sposób przyczynia się do zwiększenia jakości pracy[12].

Celem niniejszego opracowania jest analiza procesu zarządzania jakością przez pryzmat wybranych wskaźników jakości pracy i ich wpływu na ocenę jakości pracy pielęgniarek aktywnych zawodowo.

---

[6] K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Wydawnictwo CeDeWu.pl, Warszawa 2010, s. 28-29.

[7] Ibidem, s. 43.

[8] Ibidem, s. 71.

[9] A. Hamrol, M. Mantura, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 1998, s. 103.

[10] A. Hamrol, *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2007, s. 92-130; K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość…*, s. 43.

[11] Por. R. Staszewski, M. Kautsch, *Jakość i zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010, s. 326-327.

[12] A. Potasińska, *Zasady zarządzania jakością w organizacji pracy personelu pielęgniarskiego*, „Pielęgniarstwo Polskie" 2003, nr 2(16), s. 196.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

1. Jakość pracy

Poddając analizie model jakości pracy, wnioskuje się, że na proces ten zasadniczy wpływ ma środowisko pracy oraz zakres wewnętrznych cech pracy, które są siłą napędową do całego procesu pracy. Koncentracja na tych elementach daje możliwość poszukiwania algorytmów zwiększenia satysfakcji zawodowej personelu i wpływu na wykonywanie pracy. Satysfakcja i realizacja zadań to kolejne strategiczne obszary jakości pracy[13]. Spójność i wzajemny układ cech środowiska pracy, jej wewnętrznych cech, satysfakcja z wykonywania pracy sprzyjają płynności oraz pozytywnemu postrzeganiu całego procesu pracy.

Poddając analizie wymiary jakości pracy, można wskazać ośmioobszarowy system klasyfikacyjny, wyróżniając:

- strukturę organizacyjną (poziom wpływu pracowników, partycypacja w procesie decyzyjnym, sprawne kanały informacyjne);
- model pracy (autonomia i kontrola, informacje zwrotne, zasoby);
- relacje w środowisku pracy (szacunek, komunikacja, sprawiedliwość, zaufanie i zaangażowanie);
- godziny i harmonogram pracy (godziny pracy wraz z nadgodzinami, elastyczność, równowaga relacji praca – dom);
- nagrody zewnętrzne (wynagrodzenie, świadczenia, gwarancja – stabilność zatrudnienia);
- nagrody wewnętrzne (interesująca praca, satysfakcja zawodowa, kreatywność i podejmowanie inicjatyw);
- wykorzystanie umiejętności i rozwój (szkolenia i inne możliwości uczenia się, perspektywy awansu, wykorzystywanie technologii);
- zdrowie i bezpieczeństwo (fizyczne środowisko pracy, fizyczne i psychospołeczne wymagania pracy)[14].

Według Komisji Europejskiej wyróżnić można dziesięć wymiarów jakości pracy. Typologia ta wskazuje na kierunki i priorytety polityki zatrudnienia oraz dostęp do rynku pracy. W obszarze organizacyjnym wyróżnić należy: miejsce pracy, cele operacyjne instytucji oraz środowisko pracy, a także warunki bezpieczeństwa i higieny pracy. Niebagatelną rolę odgrywają również: profil pracowników, wymagania kwalifikacyjne oraz umiejętności i rozwój zawodowy zatrudnionych, a także subiektywna ocena satysfakcji z pracy[15].

Ocena funkcjonowania instytucji kształtowana jest bardzo często poprzez mierzalne efekty jej działań, co w znacznej mierze uwarunkowane jest jakością pracy menedżerów[16], w tym przede wszystkim posiadaną umiejętnością aktywizacji poszczególnych

[13] G. Lowe, *21st Century Job Quality: Achieving What Canadians Want*, "CPRN Research Report" 2007, W/37 Work and Learning, s. XII.
[14] K. McMullen, G. Schellenberg, *Job Quality in Non-profit Organizations*, "CPRN Research Series on Human Resources in the Non-profit Sector" 2003, No 2, s. 9.
[15] *Quality in Work*, www.ec.europa.eu/social/main.jsp2catId=646&langId=en [dostęp: 4.02.2010].
[16] M. Nowak, *Controllingowe wsparcie usprawnienia pracy menedżera oraz optymalizacji jej efektów,* „Problemy Zarządzania" 2008, nr 4(22), s. 89.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

członków zespołów zadaniowych, a w konsekwencji całościowym oddziaływaniem organizacyjnym[17]. Zdaniem Wawaka na proces jakości pracy, stanowiącej podstawę wysokiej oceny jakości wyrobów i usług, najsilniejszy wpływ wywiera kadra zarządzająca (budująca wizerunek jakości zarządzania) oraz jakość pracy załogi (stanowiąca jakość wykonywania poleceń, zadań). Powyższe komponenty stanowią silną koalicję z obszarem jakości życia zawodowego pracowników[18].

2. Jakość życia zawodowego (QWL – *Quality Work Life*)

Analizując proces jakości pracy, nie można pominąć zjawiska nierozerwalnie z nim związanego – jakości życia zawodowego pracowników. Na QWL wpływ mają oczekiwania społeczne, skupione przede wszystkim na pragnieniach i aspiracjach personelu wobec warunków pracy, wynagrodzenie oraz wyzwania stojące przed pracownikami, związane z pełnioną funkcją lub rolą zawodową[19].

Jakość życia zawodowego definiowana jest jako zaspokojenie potrzeb pracowniczych poprzez zaangażowanie zasobów, czynności i wyników z uczestnictwa w pracy[20]. Bezsprzecznym sprzymierzeńcem w osiąganiu wysokiego poziomi QWL jest samoświadomość, gdyż poprzez stworzenie rzetelnego stanu samowiedzy pozyskać można informacje o preferencjach pracownika, związanych z wykonywaną pracą zawodową[21].

2.1. Jakość życia zawodowego pielęgniarek (QNWL – *Quality of Nursing Work Life*)

Jakość życia zawodowego pielęgniarek definiowana jest jako stopień, w jakim pielęgniarki są w stanie zaspokoić swoje osobiste potrzeby poprzez doświadczenia w pracy zawodowej, osiągając jednocześnie założone cele podmiotu działalności leczniczej, na rzecz którego świadczą pracę[22]. W podmiotach sektora zdrowotnego QNWL obejmuje swym zasięgiem zarówno społeczne relacje (pracownicy – przełożeni, pomiędzy grupami zawodowymi), poziom umiejętności, postawy pracowników oraz oczekiwania

[17] R. Walkowiak, *Kompetencje kierowników w obliczu restrukturyzacji przedsiębiorstwa*, „Problemy Zarządzania" 2008, nr 4(22), s. 143.
[18] T. Wawak, *Zarządzanie a jakość pracy i życia*, [w:] *Zmieniające się przedsiębiorstwo w zmieniającej się politycznie Europie*, t. 4, Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, Kraków 2001, s. 73.
[19] J. Sutherland, D. Canwell, *Klucz do zarządzania zasobami ludzkimi. Najważniejsze teorie, pojęcia, postaci,* PWN, Warszawa 2007, s. 112.
[20] M.J. Sirgy, D. Efraty, P. Siegel, D. Lee, *A new measure of quality of work life (QoWL) based on need satisfaction and spillover theories*, "Social Indicators Research" 2001, s. 55.
[21] K. Biegańska, *Jakość życia miarą sukcesu przedsiębiorcy*, [w:] S. Witkowski (red.), *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000, s. 50.
[22] B.A. Brooks, M.A. Anderson, *Defining Quality of Nursing Work Life*, "Nursing Economics" 2005, nr 23(6), s. 322; B.A. Brooks, J. Storfjell, O. Omoike, S. Ohlson, I. Stemler, J. Shaver, A. Brown, *Assessing the Quality of Nursing Work Life*, "Nursing Administration Quarterly" 2007, nr 31(2), s. 152.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wobec środowiska pracy, jak i techniczne elementy środowiska pracy (procedury, wiedza i umiejętności oraz technologia i sprzęt)[23]. Diagnozując jakość życia zawodowego pielęgniarek, można skupić się na czterech jego podstawowych wymiarach. Wymiar życie zawodowe – życie domowe wskazuje na istotne elementy, zapewniające jednocześnie równowagę tych dwu obszarów, którymi są: satysfakcja zawodowa, warunki pracy, zaangażowanie oraz możliwość wpływu na harmonogramowanie pracy. Na wymiar wzorca pracy złożony składają się: obciążenie pracą, ilość personelu oraz posiadana autonomia w procesie wykonywania obowiązków zawodowych. Z wymiarem kontekstu pracy związane są relacje interpersonalne, środowisko pracy i jego wpływ na systemy organizacyjne, a także możliwość szkolenia i doskonalenia zawodowego. Wymiar świata pracy jest wynikiem wpływów społecznych i zachodzących zmian transformacyjnych na praktyczny aspekt wykonywania zawodu pielęgniarki[24].

2.2. Doskonalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego

Osoby wykonujące zawody medyczne zobligowane są przepisami prawa do ciągłego zdobywania lub/i uzupełniania wiedzy z zakresu wykonywanej profesji. Pracownicy, którzy systematycznie podwyższają swoje kwalifikacje i zdobywają nowe umiejętności, znacznie lepiej radzą sobie w środowisku zawodowym, a także w sytuacjach zachodzących zmian organizacyjnych, wymagań, procedur etc.[25] Rozwój pracownika jest wymaganą cechą, wywierającą wpływ na ocenę jakości pracy, ale także jest istotny dla zaspokojenia innych potrzeb[26].

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej[27], w zapisach rozdziału 6. „Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych", obliguje do ciągłego pozyskiwania i aktualizowania wiedzy oraz umiejętności związanych z wykonywaniem zawodu. Wskazany został również pełny, szczegółowy wykaz informacji z zakresu kształcenia tej grupy zawodowej na etapie poszerzania wiedzy, kwalifikacji i umiejętności[28]. Proces ciągłego zdobywania i uaktualniania wiedzy jest oczywistym zadaniem dla całego personelu medycznego, ale także wymogiem stawianym kadrze zarządzającej podmiotami działalności leczniczej. W zakresie ustawicznego doskonalenia

[23] B.A. Brooks, M.A. Anderson, *Defining Quality…*, s. 320.

[24] B.A. Brooks, M.A. Anderson, *Defining Quality…*, s. 322; A. Khani, M. Jaafarpour, A. Dyrekvandmogadan, *Quality of Nursing Work Life*, "Journal of Clinical and Diagnostic Research" 2008, nr 2, s. 1172-1173; N. Ellis, A. Pompli, *Quality of Working Life for Nurses*, Commonwealth Dept of Health and Ageing, Canberra 2002.

[25] E. Krzemień, R. Wolniak, *Procesy szkolenia i doskonalenia pracowników w ochronie zdrowia*, [w:] K. Koj, J. Szostak (red.), *Przedsiębiorstwo XXI wieku w sieci powiązań – oblicza i perspektywy,* „Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu" 2015, nr 17, s. 166.

[26] http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/wskazniki-jakosci-pracy,10,1.html s. 20 [dostęp: 7.04.2017].

[27] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz.1435).

[28] Rozdział 6. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, art. 61.1. – 83.14. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

zawodowego również pracodawca ma obowiązek ułatwienia pracownikom podnoszenia kwalifikacji związanych z wykonywanym zawodem[29].

Inwestowanie w pracowników, polegające na umożliwieniu im uczestnictwa w różnych formach kształcenia, szkoleń i doskonalenia zawodowego, jest procesem o kluczowym znaczeniu, nie tylko dla sprawnego zarządzania zasobami ludzkimi, ale także, a może przede wszystkim, dla zwiększenia jakości wykonywanej pracy. Takie nastawienie na działania projakościowe w świetle wykonywanych obowiązków zawodowych przez wykwalifikowany, profesjonalny personel skutkuje wyższym poziomem świadczonych usług, pozytywną oceną wydaną przez jednostki akredytujące i certyfikujące, a przede wszystkim przez bezpośrednich odbiorców usług – pacjentów.

2.3. Bezpieczeństwo i higiena pracy

Na zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy zwraca uwagę także Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, zajmując w tym zakresie oficjalne stanowisko. Zwraca w nim uwagę m.in. na wspieranie praw pracowniczych w aspekcie bezpiecznego środowiska pracy[30] oraz „wspiera wzrastającą rolę zdrowia w miejscu pracy pielęgniarek i domaga się słusznego wynagrodzenia i odpowiedniej struktury zawodowej, umożliwiającej rozwój zawodowy"[31].

3. Analiza statystyczna uzyskanych wyników

Uzyskane w wyniku przeprowadzonych badań ankietowych dane zostały zebrane w arkuszu Microsoft Excel (Microsoft Office). Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy Statsoft STATISTICA 12.5. (licencja Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu). Ze względu na charakter analizowanych danych do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny: test U Manna-Whitneya – w przypadku porównania dwóch grup w zależności od oceny jakości pracy pielęgniarek. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha<0,05$.

3.1. Metodyka badań

W badaniu wykorzystano metodę ankietową. Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Zestaw wskaźników statystycznych opisujących jakość pracy według Głównego Urzędu Statystycznego dla Polski, oparty na zaleceniach międzynarodo-

[29] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 1666), art. 94.6.
[30] Oficjalne Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, *Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2007, nr 15(1), s. 76.
[31] Ibidem, s. 77.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wych, obejmował obszary: bezpieczeństwo i etyka w zatrudnieniu, dochód i świadczenia związane z zatrudnieniem, czas pracy i łączenie życia zawodowego z życiem rodzinnym, bezpieczeństwo w zatrudnieniu i ochrona społeczna[32]. Badana grupa oceniała poniższe wskaźniki w skali 0–5.

3.2. Charakterystyka badanej grupy

W badaniach udział wzięło 1357 pielęgniarek zatrudnionych w wybranych szpitalach klinicznych na terenie całej Polski.

Średnia wieku pielęgniarek wynosiła 36,2 lat. Wiek minimalny kobiet wynosił 23 lata, a wiek maksymalny 57 lat. Największa liczba badanych mieściła się w przedziale wiekowym 30-50 lat.

Szczegółową charakterystykę badanej grupy pielęgniarek przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek

Dane demograficzne		liczebność	procent
Wykształcenie	liceum medyczne	26	2
	studium medyczne	163	12
	wykształcenie licencjackie	828	61
	wykształcenie magisterskie	340	25
Miejsce zamieszkania	tereny wiejskie	285	21
	tereny miejskie < 100 tys. mieszk.	326	24
	tereny miejskie > 100 tys. mieszk.	749	55
Charakter pracy	praca jednozmianowa	421	31
	praca dwuzmianowa	936	69
Staż pracy	poniżej 10	121	9
	10-20	486	36
	20-30	621	46
	powyżej 30	129	9
Stanowiska pracy	pielęgniarki odcinkowe	798	59
	pielęgniarki zabiegowe	255	19
	pielęgniarki oddziałowe	85	6
	pielęgniarki innych specjalności	219	16

Źródło: opracowanie własne.

[32] http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/wskazniki-jakosci-pracy,10,1.html [dostęp: 7.04.2017].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

4.3. Wyniki badań

Wyniki badań zostały przedstawione jako wyniki średnich ocen i ich odchyleń standardowych (tabela 2).

Tabela 2. Wybrane wskaźniki w odniesieniu do badanej grupy

Obszary wskaźników		średnia	odchylenie standardowe
Bezpieczeństwo pracy	ocena zagrożenia zdrowia	3,58	1,12
	ocena ryzyka wypadków przy pracy	4,24	0,86
	ocena narażenia na wymuszoną, niewygodną pozycję ciała	4,75	0,96
	ocena dostępu do stanowisk kierowniczych	1,25	0,25
	ocena dostępu do pracy	3,68	1,15
Dochód i świadczenia związane z pracą	ocena wynagrodzenia miesięcznego	2,54	0,96
	ocena dodatkowych świadczeń	2,22	0,89
Czas pracy i łączenie życia zawodowego z życiem rodzinnym	ocena czasu pracy	2,98	1,52
	ocena pracy w niedziele i święta	1,26	0,66
	ocena pracy na zmiany	2,13	0,85
	ocena możliwości łączenia życia zawodowego z życiem rodzinnym	3,88	1,25
Bezpieczeństwo w zatrudnieniu	ocena umów o pracę z punktu widzenia bezpieczeństwa	2,12	0,98
	ocena narażenia na utratę pracy	2,33	1,05
Rozwój kwalifikacji i szkolenia	ocena dostępności szkoleń	3,11	1,12
	ocena zadowolenia ze szkoleń	3,89	1,29
	ocena własnych kompetencji i wiedzy	4,02	1,89

Źródło: opracowanie własne.

Badana grupa wysoko umieściła narażenie na wymuszoną, niewygodną pozycję ciała oraz ryzyko wypadków przy pracy. Pielęgniarki podawały, że często na ich oddziałach dochodzi do zdarzeń niepożądanych, takich jak upadki, zranienia czy zarażenia. Zwróciły uwagę również na znieważenia przez pacjentów lub jego rodzinę. Na ocenę wpływało duże obciążenie pracą wynikające z liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w czasie dyżuru oraz wykonywanie czynności niezwiązanych z bezpośrednią opieką nad pacjentem. Jeśli chodzi o ocenę wynagro-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

dzeń oraz świadczeń związanych z pracą, to ocena wypada na poziomie średnim. Pielęgniarki zwracają uwagę na plusy i minusy czasu pracy, zwłaszcza te pracujące w systemie zmianowym. Jako walory wskazują możliwość rozplanowania swoich obowiązków związanych z rodziną i domem oraz możliwość załatwienia różnych spraw w dniach wolnych. Praca w nocy pozwala również na spokojniejsze wykonanie obowiązków zwłaszcza związanych z dokumentacją. Minusem oczywiście są problemy fizyczne, tj. związane ze snem i przestawieniem organizmu na zwiększoną liczbę godzin pracy. Badane pielęgniarki dość wysoko oceniły dostępność do szkoleń. W większości przypadków miały one możliwość uczestniczenia w różnych szkoleniach i innych formach doskonalenia zawodowego. Szczególnie młode osoby zainteresowane były podwyższaniem swoich kwalifikacji. Osoby z dłuższym stażem pracy natomiast wysoko oceniały swoją wiedzę i kompetencje zawodowe. Badane pielęgniarki zwracają uwagę na dostrzeganie przez szpitale, w których są zatrudnione, potrzeb podnoszenia ich kwalifikacji zawodowych.

Do dalszej analizy wydzielono dwie grupy pielęgniarek (grupa 1 – ocena jakości pracy niska – 45% badanych oraz grupa 2 – ocena pracy wysoka – 55% badanych), a kolejnym podjętym tematem była zależność między oceną jakości pracy a procesem zarządzania jakością w szpitalu (tabela 3). W tym przypadku na ocenę jakości pracy wpływał w sposób istotny statystycznie proces zarządzania jakością. We wszystkich badanych przypadkach pielęgniarki zwracały uwagę na wprowadzanie w szpitalach, w których pracują, różnych systemów zarządzania jakością. Podawały przykłady udziału podmiotów leczniczych, które uzyskały akredytację lub/i certyfikację. W większości przypadków zostały one zapoznane z procesem wprowadzania systemów zarządzania jakością w swoim miejscu pracy.

Tabela 3. Analiza procesu zarządzania jakością w placówce, w której pracowały badane

Pytania	Grupa 1(n=610)*	Grupa 2 (n=747)	p
Czy w szpitalu, w którym pracujesz, wprowadzono system zarządzania jakością?	125	526	0,045
Czy szpital poddany był procesowi certyfikacji?	210	645	0,039
Czy szpital poddany był procesowi akredytacji?	315	689	0,041
Czy pracownicy brali bezpośrednio udział we wprowadzaniu systemu zarządzania jakością	420	712	0,015

*liczba odpowiedzi „tak"
Źródło: opracowanie własne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Nie stwierdzono występowania zasadniczych różnic w postrzeganiu procesu zarządzania jakością w szpitalu a zajmowanym stanowiskiem, stażem pracy, charakterem pracy oraz zmianowością pracy (we wszystkich przypadkach p>0,05).

4. Dyskusja

Z badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny wynika, że w warunkach zagrożenia pracuje mniej niż 10,0% pracowników; kobiety stanowią nieco ponad 17% wszystkich pracujących w warunkach zagrożenia[33]. Na wymuszone, niewygodne pozycje lub ruchy ciała przy pracy wskazuje nieco ponad 24% pracowników (22,2% kobiet). Opierając się na karcie charakterystyki zagrożeń zawodowych pielęgniarek i położnych, zauważyć można, że do czynników fizycznych zaliczane jest obciążenie układu kostno-szkieletowego, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy pacjentach leżących – w szczególności ich podnoszenie i przemieszczanie – z czym wiąże się głównie przeciążenie kręgosłupa, prowadzące do zespołów bólowych na tle zmian zwyrodnieniowych, konieczność częstego pochylania się i przykucania podczas pracy, wykonywanie czynności w zbyt małej przestrzeni roboczej[34]. Może to prowadzić do przeciążenia tego układu i doznawania dolegliwości bólowych, w konsekwencji mogą one spowodować choroby zawodowe i parazawodowe układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.

Stres wywołany przez zmianowość, pracę w godzinach nocnych, problemy organizacyjne, interpersonalne, aż po ogromną odpowiedzialność zawodową za zdrowie, a nawet życie drugiego człowieka, może prowadzić do wypalenia zawodowego[35].

Badania przeprowadzono w grupie pracowników medycznych (lekarze, pielęgniarki, położne) pracujących w otwartych i zamkniętych placówkach medycznych na terenie województwa podlaskiego sugerują, że w zawodach medycznych według respondentów najbardziej obciążone pracą fizyczną były pielęgniarki (80% badanej grupy)[36]. Wymuszoną pozycję ciała wskazało 40% położnych. Ankietowane pielęgniarki w 40% wymieniały miejsce pracy jako źródło rozwoju chorób zawodowych. Wśród położnych podobnej odpowiedzi udzieliło 35% badanych.

W badaniach przeprowadzonych przez T. Brzostek i wsp. w ramach projektu „Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing" na jakość opieki mają wpływ następujące czynniki: warunki pracy, przepływ informacji o pacjencie w zespole, dostrzeganie przez szpital potrzeby podnoszenia kwalifikacji zawodowych, wsparcie pielęgniarek przez zarządzających w realizacji opieki, wykonywanie zadań związanych z bezpo-

[33] http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/wskazniki-jakosci-pracy,10,1.html s. 5-6 [dostęp: 7.04.2017].
[34] https://www.ciop.pl/ [dostęp: 7.04.2017].
[35] https://www.ciop.pl/ [dostęp: 7.04.2017].
[36] K. Kowalczuk, E. Krajewska-Kułak, B. Jankowiak, K. Klimaszewska, H. Rolka, D. Kondzior, B. Kowalewska, *Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2008, nr 89(2), s. 211-215.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

średnią opieką nad pacjentem, obciążenie pracą, występowanie zdarzeń niepożądanych u pacjentów i w pracy pielęgniarki[37].

Wynagrodzenie jest jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na satysfakcję z pracy. Badana przez autorów grupa nie jest zadowolona z otrzymywanego wynagrodzenia. Pielęgniarki są grupą zawodową, która podkreśla, że praca jest ciężka i stresująca, a wynagrodzenie niskie i mało motywujące[38]. Wiele pielęgniarek czuje się sfrustrowanych z powodu niesprawiedliwego i nieadekwatnego do ciężkości i zakresu odpowiedzialności pracy wynagrodzenia w porównaniu z innymi zawodami medycznymi, szczególnie lekarzami. W pracy K. Kęckiej i wsp. niskie wynagrodzenie jest głównym powodem braku satysfakcji zawodowej[39].

Z badań M. Perek, M. Kózki i K. Twardosz wynika, że do najczęstszych przyczyn występowania trudnych sytuacji badana grupa pielęgniarek zaliczyła: niskie wynagrodzenie, nieproporcjonalną ilość obowiązków w stosunku do obsady pielęgniarskiej, odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, zagrożenie bezpieczeństwa osobistego z powodu możliwości zakażeń, strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu, przenoszenie emocji z pracy na środowisko domowe, brak właściwej współpracy między grupami zawodowymi, równoległe wykonywanie kilku czynności naraz oraz pracę zmianową[40].

I. Rotter, E. Kemicer-Chmielewska, P. Lipa i wsp. podają w swojej pracy, że pielęgniarki pracujące w 12-godzinnym systemie zmianowym mają niski poziom satysfakcji zawodowej[41]. Z pracy D. Kozak-Putowskiej i wsp. wynika, że wśród aspektów, które najbardziej nie podobają się badanym w wykonywanej pracy, obok ryzyka zawodowego i szkodliwych warunków pracy, na trzecim miejscu respondenci podawali zmianowy system pracy[42]. W badaniach na terenie siedmiu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w Polsce czynniki wpływające na bardzo wysokie zadowolenie to przede wszystkim stabilność zatrudnienia (32,6%), zakres odpowiedzialności na stanowisku pielęgniarki (23,7%), następnie rodzaj zadań wykonywanych w pracy, atmosfera w pracy oraz elastyczność w godzeniu spraw zawodowych z rodzinnymi[43].

Pożądaną cechą poprawiającą jakość pracy jest możliwość podnoszenia kwali-

---

[37] T. Brzostek, M. Kózka, T. Gabryś, P. Brzyski, M. Ogarek, M. Cisek, L. Przewoźniak, D. Ksykiewicz, *Wybrane czynniki determinujące jakość opieki pielęgniarskiej w szpitalach posiadających oddziały ratunkowe. Wyniki projektu RN4CAST*, smp.org.pl/upload/konf3/wyniki_projektu_RN4CAST.doc [dostęp: 7.04.2017].

[38] D. Kozak-Putowska, M. Putowski, J. Piskorz, G. Wójcik, *Satysfakcja personelu medycznego z wykonywanej pracy, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku" 2015, 2(51), s. 61-65.

[39] K. Kęcka, M. Jasińska, H. Brzeźniak i wsp., *Tożsamość zawodowa pielęgniarek i położnych*, „Family Medicine Primary and Care Review" 2011, nr 13(4), s. 719-723.

[40] M. Perek, M. Kózka, K. Twarduś, *Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2007, nr 15(4), s. 223-228.

[41] I. Rotter, E. Kemicer-Chmielewska, P. Lipa i wsp., *Assessment of psychosocial work conditions of nurses at selected hospital wards*, „Medycyna Pracy" 2014, nr 65(2), s. 173-179.

[42] D. Kozak-Putowska, M. Putowski, J. Piskorz, G. Wójcik, *Satysfakcja personelu medycznego...,* s. 61-65.

[43] A. Krzos, M. Charzyńska-Gula, A. Stanisławek, Z. Szadowska-Szlachetka, M. Rząca, *Analiza czynników wpływających na zadowolenie bądź niezadowolenie z pracy pielęgniarek pod koniec kariery zawodowej*, „Journal of Health Sciences" 2014, 04(05), s. 11-24.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

fikacji i rozwoju pracownika[44]. Z badań Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że nieco ponad 29% pracujących w wieku 18–69 lat uczestniczy w edukacji pozaformalnej, czyli zorganizowanej, ale nie w ramach systemu edukacji formalnej. Co piąty spośród nich bierze udział w szkoleniach w celu poprawy jakości wykonywanej pracy lub rozwoju kariery zawodowej. Kobiety częściej niż mężczyźni uczestniczą w szkoleniach, kierując się tą motywacją. Stopień zadowolenia osób pracujących uczestniczących w szkoleniach pozaformalnych jest zróżnicowany. Blisko 60% uczestników szkoleń uważa, że nabyli przydatne umiejętności, a niemal 56% jest przekonanych, że po szkoleniu będą lepiej wykonywać obowiązki zawodowe. Udział w szkoleniach pozaformalnych ma jednak bardzo ograniczony wpływ na znalezienie nowej pracy.

Wyniki badań potwierdzają, że pielęgniarki odczuwają potrzebę i wykazują się aktywnością wobec podwyższania swoich kwalifikacji i umiejętności zawodowych, uczestnicząc w różnych, dostępnych na rynku, formach doskonalenia zawodowego[45].

5. Wnioski

Podsumowując prezentowane w niniejszym opracowaniu wyniki badań, można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Istnieje świadomość ciągłego szkolenia i doskonalenia zawodowego wśród personelu medycznego jako procesu nierozerwalnie związanego (o znaczeniu strategicznym) z zarządzaniem jakością szpitala.
2. Ustawiczne kształcenie personelu medycznego stanowi jeden z podstawowych elementów oceny jakości pracy w procesie zarządzania jakością.
3. Wybrane dane socjodemograficzne wpływają na postrzeganie procesu zarządzania jakością w szpitalu.
4. Ocena jakości usług medycznych jest nierozerwalnie związana z procesem zarządzania jakością w podmiocie leczniczym.

[44] http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/wskazniki-jakosci-pracy,10,1.html s. 20-24 [dostęp: 7.04.2017].

[45] E. Grochans, Głowacka T.M. Szkup-Jabłońska, M.A. Markowska, M. Kuczyńska, A. Jurczak, D. Prociask, L. Zaremba-Pechmann, I. Rotter, B. Karakiewicz, *Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na znajomość wybranych aktów prawnych wykorzystywanych w pielęgniarstwie*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2011, nr 19(4), s. 463, 466; G. Nowicki, B. Chilimoniuk, M. Goniewicz, M. Górecki, *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego pielęgniarek w opinii uczestników specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2012, nr 20(4), s. 479.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Bibliografia

Biegańska K., *Jakość życia miarą sukcesu przedsiębiorcy*, [w:] S. Witkowski (red.), *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000.

Brooks B.A., Storfjell J., Omoike O., Ohlson S., Stemler I., Shaver J., Brown A., *Assessing the Quality of Nursing Work Life*, "Nurs Adm Q" 2007, nr 31(2).

Brooks B.A., Anderson M.A., *Defining Quality of Nursing Work Life*, "Nurs Econ" 2005, nr 23(6).

Brzostek T., Kózka M., Gabryś T., Brzyski P., Ogarek M., Cisek M., Przewoźniak L., Ksykiewicz D., *Wybrane czynniki determinujące jakość opieki pielęgniarskiej w szpitalach posiadających oddziały ratunkowe. Wyniki projektu RN4CAST*, smp.org.pl/upload/konf3/wyniki_projektu_RN4CAST.doc [dostęp: 7.04.2017].

Ellis N., Pompli A., *Quality of Working Life for Nurses. Commonwealth Dept. of Health and Ageing*, Canberra 2002.

Grochans E., Głowacka T, Szkup-Jabłońska M., Markowska A., Kuczyńska M., Jurczak A., Prociask D., Zaremba-Pechmann L., Rotter I., Karakiewicz B., *Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na znajomość wybranych aktów prawnych wykorzystywanych w pielęgniarstwie*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2011, nr 19(4).

Griffin R.W. *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2002.

Hamrol A., *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2007.

Hamrol A., Mantura M., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 1998.

http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/wskazniki-jakosci-pracy,10,1.html [dostęp: 7.04.2017].

Khani A., Jaafarpour M., Dyrekvandmogadan A., *Quality of Nursing Work Life*, "Journal of Clinical and Diagnostic Research" 2008, nr 2.

Kęcka K., Jasińska M., Brzeźniak H. i wsp., *Tożsamość zawodowa pielęgniarek i położnych*. „Family Medicine Primary and Care Review" 2011, nr 13(4).

Kowalczuk K., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Rolka H., Kondzior D., Kowalewska B., *Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2008, nr 89(2).

Kozak-Putowska D., Putowski M., Piskorz J., Wójcik G., *Satysfakcja personelu medycznego z wykonywanej pracy, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku" 2015, nr 2(51).

Krzemień E., Wolniak R., *Procesy szkolenia i doskonalenia pracowników w ochronie zdrowia*, [w:] K. Koj, J. Szostak (red.), *Przedsiębiorstwo XXI wieku w sieci powiązań – oblicza i perspektywy*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu" 2015, nr 17.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Krzos A., Charzyńska-Gula M., Stanisławek A., Szadowska-Szlachetka Z., Rząca M., *Analiza czynników wpływających na zadowolenie bądź niezadowolenie z pracy pielęgniarek pod koniec kariery zawodowej*, „Journal of Health Sciences" 2014, nr 04(05).

Lowe G., *21st Century Job Quality: Achieving What Canadians Want*, CPRN Research Report 2007, W/37 Work and Learning.

McMullen K., Schellenberg G., *Job Quality in Non-profit Organizations*, "CPRN Research Series on Human Resources in the Non-profit Sector" 2003, No. 2.

Nowak M., *Controllingowe wsparcie usprawnienia pracy menedżera oraz optymalizacja jej efektów*, Problemy Zarządzania 2008, nr 22(4).

Nowicki G., Chilimoniuk B., Goniewicz M., Górecki M., *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego pielęgniarek w opinii uczestników specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2012, nr 20(4).

Oficjalne Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, *Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2007, nr 15(1).

Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Wydawnictwo CeDeWU.pl, Warszawa 2010.

Perek M., Kózka M., Twarduś K., *Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2007, nr 15(4).

Potasińska A., *Zasady zarządzania jakością w organizacji pracy personelu pielęgniarskiego*, „Pielęgniarstwo Polskie 2003, nr 2(16).

Quality in Work, www.ec.europa.eu/social/main.jsp2catId=646&langId=en [dostęp: 04.02.2010].

Rotter I., Kemicer-Chmielewska E., Lipa P. i wsp., *Assessment of psychosocial work conditions of nurses at selected hospital wards*, „Medycyna Pracy. 2014, nr 65(2).

Staszewski R., Kautsch M., *Jakość i zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.

Sirgy M.J., Efraty D., Siegel P., Lee D., *A new measure of quality of work life (QoWL) based on need satisfaction and spillover theories*, "Social Indicators Research" 2001, nr 55.

Stoner J.A.F, Freeman R.E, Gilbert D.R. *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1998.

Sutherland J., Canwell D., *Klucz do zarządzania zasobami ludzkimi. Najważniejsze teorie, pojęcia, postaci,* PWN, Warszawa 2007.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz.1435).

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 1666).

Walkowiak R., *Kompetencje kierowników w obliczu restrukturyzacji przedsiębiorstwa*, „Problemy Zarządzania" 2008, nr 4(22).

Wawak T., *Zarządzanie a jakość pracy i życia*, [w:] *Zmieniające się przedsiębiorstwo w zmieniającej się politycznie Europie*, t. 4, Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, Kraków 2001.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Management of quality in a medical felicity versus selected indicators of work quality and their influence on the evaluation of medical services

Abstract
Process, targeted at the assessment of medical services quality and patients' expectations, is a reflection of human resources through their potential and training, and, as a consequence, quality of their work. The aim of the work is the analysis management quality through the prism of selected quality indicators and their impact on the quality of nurses' work.

Keywords: quality management, quality work, nurses

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Joanna Zdanowska[1]

Rola personelu medycznego w systemie jakości usług zdrowotnych

Streszczenie

W ostatnim czasie zauważalna jest tendencja do zapewniania jak najwyższego poziomu jakości we wszystkich dziedzinach gospodarki, w tym także w sferze opieki zdrowotnej. Na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych składają się między innymi standardy dotyczące personelu medycznego. Odnoszą się one do minimalnych kwalifikacji personelu oraz norm zatrudnienia. W przypadku gdy w wyniku nienależytych działań personelu medycznego pacjent poniesie szkodę, podmiot leczniczy obowiązany jest do jej naprawienia według zasad określonych w kodeksie cywilnym.

Słowa kluczowe: jakość usług zdrowotnych, personel medyczny, standardy, odpowiedzialność prawna

Wstęp

W Polsce władze publiczne zobowiązane są do zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Elementem różnicującym nie może być w szczególności sytuacja materialna obywateli, co wynika z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP[2]. Realizacja tego obowiązku jest możliwa tylko przy zapewnieniu prawidłowego i sprawnego działania podmiotów świadczących usługi zdrowotne.

W ostatnim czasie coraz większą uwagę zwraca się na jakość świadczonych usług zdrowotnych. Powyższe wpisuje się w widoczną ogólną tendencję do zapewniania jak najwyższego poziomu jakości we wszystkich dziedzinach gospodarki. Powodowane jest to m.in. przez wzrost konkurencyjności na rynkach zarówno krajowych, jak i międzynarodowych, rozwój technologiczny, informatyczny oraz wzrost świadomości klientów wobec ich oczekiwań i potrzeb[3]. Rynek usług medycznych jest specyficzny z jednej strony ze względu na niepewność wyników podejmowanych działań, a z drugiej – z powodu znacznych oczekiwań pacjentów względem

[1] Dr; Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

[2] Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483.

[3] K. Garbacz, D. Guziak, *Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania" 2012, nr 28, s. 37.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

personelu medycznego i samych placówek ochrony zdrowia. Należy też zauważyć, że dążenie do podnoszenia poziomu jakości świadczonych usług dyktowane jest nie tylko przez zgłaszane potrzeby pacjentów, ale również samego ustawodawcę, który wprowadza coraz liczniejsze regulacje w tym zakresie.

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie roli, jaką pełni personel medyczny w zapewnianiu jakości usług zdrowotnych przy uwzględnieniu obecnie obowiązujących uregulowań prawnych i standardów działania.

1. Jakość usług medycznych w aspekcie prawnym

W obecnym systemie prawnym istnieje szereg aktów prawnych różnej rangi odnoszących się do zagadnienia jakości opieki zdrowotnej. Do najistotniejszych zaliczyć należy ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 nr 52, poz. 418, dalej: u.o a.) oraz ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113, poz. 657, dalej: u.s.i.).

Powyższe regulacje nie normują kwestii jakości w sposób kompleksowy. Ustawa o akredytacji przewiduje akredytację jako wymaganie fakultatywne dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z jej treścią podmiot może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia), z wnioskiem o udzielenie akredytacji. Ma ona na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu. Wyżej wymienione standardy opracowuje ośrodek akredytacyjny, będący jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia[4]. Wskazany minister udziela jej na okres 3 lat, na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej, w formie certyfikatu akredytacyjnego. Udzielenie akredytacji odbywa się po przeprowadzeniu procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych i na zasadach określonych w ustawie.

Natomiast ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji wprowadza możliwość tworzenia rejestrów medycznych oraz określa zasady ich działania. Dane do rejestrów są przekazywane przez świadczeniodawców oraz podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne, a ich administratorem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Obecnie, widząc konieczność wdrożenia rozwiązań, które pozwoliłyby na realizację polityki zdrowotnej w obszarze jakości w ujęciu kompleksowym, ustawodawca przygotował projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta.

[4] Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz.U. 2009 nr 52, poz. 418.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Przedmiotem regulacji będzie głównie wdrożenie nowych rozwiązań w obszarach:

1) autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą (system autoryzacji);

2) systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych (system monitorowania zdarzeń niepożądanych);

3) prowadzenia przez szpitale wewnętrznych systemów monitorowania jakości i bezpieczeństwa;

4) monitorowania klinicznych wskaźników jakości;

5) prowadzenia rejestrów medycznych do celów oceny jakości;

6) zwiększenia znaczenia systemu akredytacji w ochronie zdrowia[5].

Ustawodawca prognozuje, że powyższe nowe rozwiązania, poprzez cykliczną ocenę klinicznych wskaźników jakości, spowodują zwiększenie skuteczności diagnostyki i leczenia. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych pozwoli zaś na ograniczenie ich występowania, co przełoży się na wzrost bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów oraz bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych. Nadto ustawodawca przewidział możliwość finansowego motywowania podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do stałego podnoszenia poziomu jakości świadczonych usług. Podniesieniu jakości ma także sprzyjać uzyskanie porównywalności podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz udostępnienie tych wyników opinii publicznej[6].

Warto również nadmienić, iż w założeniu ustawodawcy proponowane rozwiązania mają zostać osiągnięte przez zmianę organizacji pracy w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia, bez konieczności ponoszenia znacznych kosztów finansowych.

2. Kadry w systemie jakości ochrony zdrowia

Na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej składają się w szczególności:

1) standardy dotyczące warunków lokalowych, czyli minimalne normy, które musi spełniać pomieszczenie, aby można było w nim udzielać danych świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie;

2) standardy wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w związku z rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych;

3) standardy dotyczące personelu medycznego odnoszące się do minimalnych kwalifikacji personelu oraz normy zatrudnienia[7], co jest przedmiotem dalszego opracowania.

[5] Założenia do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//1/12294407/12408050/12408051/dokument269427.pdf [dostęp: 10.04.2017], s. 8.

[6] Ibidem, s. 9.

[7] Jakość w opiece zdrowotnej, http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej [dostęp: 15.04.2017].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

2.1. Formy zatrudnienia personelu medycznego

Niewątpliwie zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych wymaga poza odpowiednimi regulacjami prawnymi zaangażowania personelu medycznego. To z kolei nie jest możliwe bez zapewnienia mu warunków świadczenia pracy na odpowiednim poziomie i w odpowiedniej dla każdego formie. Obecny system ochrony zdrowia dopuszcza możliwość świadczenia pracy przez personel medyczny na podstawie zatrudnienia pracowniczego oraz niepracowniczego. Tę drugą formę należy rozumieć szeroko, czyli zarówno jako zatrudnienie typu cywilnoprawnego, jak i tak zwane samozatrudnienie, czyli wykonywanie pracy w warunkach typowych dla stosunku pracy na podstawie umowy o świadczenie usług, do której odpowiednio mają zastosowanie przepisy o zleceniu (art. 750 k.c.) przez indywidualnego przedsiębiorcę[8].

Przepisy prawa nie narzucają żadnych wymogów odnośnie do wyboru formy zatrudnienia. Decydują o tym wyłącznie zainteresowane strony. W doktrynie prawa pracy przeważa pogląd, iż decydujący jest nie rodzaj czynności wykonywanych w ramach umowy, ale sposób realizacji umowy i zakres swobody stron w jej wykonywaniu[9].

Zatrudnienie pracownicze normowane jest głównie przez przepisy Kodeksu pracy[10]. Jego cechą charakterystyczną, odróżniającą je od zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, jest podporządkowanie pracownika pracodawcy (pracownik wykonuje pracę pod kierownictwem). Nadto – zgodnie z art. 22 § 1 k.p. – nawiązując stosunek pracy, pracownik przyjmuje na siebie obowiązek wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Podkreślić należy, że pracownik zobowiązany jest do starannego i sumiennego działania w procesie pracy, co w odniesieniu do problemu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych jest szczególnie istotne (art. 100 § 1 k.p.).

Zgodnie z zasadą swobody umów zawartą w art. 353^1 k.c. każda osoba wykonująca zawód medyczny może świadczyć w podmiocie leczniczym pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, czy to jako osoba fizyczna czy też indywidualny przedsiębiorca[11]. W ostatnim przypadku, w myśl art. 18 ust. 4 i 19 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej[12], jeśli jest to osoba wykonująca zawód lekarza, pielęgniarki czy położnej, musi ona posiadać praktykę zawodową wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

---

[8] Z. Hajn, *Elastyczność popytu na pracę. Aspekty prawne*, [w:] E. Kryńska (red.), *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy a popyt na pracę w Polsce*, IPiSS, Warszawa 2003, za: D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 342.

[9] Ł. Pisarczyk, *Różne formy zatrudnienia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2003, za: D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 351.

[10] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy, Dz.U. 1974 nr 24, poz. 141, z późn. zm. (dalej: k.p.)

[11] D. Karkowska, *Zawody medyczne…*, s. 355.

[12] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654, z późn. zm. (dalej: u.dz.l.).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Umowy cywilnoprawne zawierane w celu zatrudnienia mogą mieć charakter zarówno umów nazwanych, jak i nienazwanych. Treść umów nienazwanych może być przez strony kształtowana swobodnie[13]. Stosuje się do nich odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 750 k.c.). W praktyce w podmiotach leczniczych najczęściej stosowanymi umowami nazwanymi są umowy zlecenia, a umowami nienazwanymi – umowy o świadczenie usług.

Zaznaczyć należy, że wykonywanie pracy (świadczenie usług) na podstawie umowy cywilnoprawnej nie podlega rygorom przewidzianym w Kodeksie pracy i nie daje tym samym statusu pracownika. Nie mają więc zastosowania normy dotyczące w szczególności czasu pracy, miejsca wykonywania pracy oraz podporządkowania. Lekarz lub pielęgniarka nie korzystają też z przywilejów pracowniczych, takich jak np. płatne urlopy wypoczynkowe czy uprawnienia związane z rodzicielstwem.

2.2. Normy zatrudnienia

Artykuł 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zobowiązuje podmioty lecznicze do stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Normy te ustala kierownik podmiotu po zasięgnięciu opinii osób kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu (art. 50 ust. 1 u.dz.l.). Zasady ustalania wyżej wymienionych norm zatrudnienia określił minister właściwy do spraw zdrowia w rozporządzeniu z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami[14]. Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bierze się pod uwagę:

1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;

2) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;

3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

4) harmonogram czasu pracy;

5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny;

6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;

7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;

[13] D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, s. 354.

[14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz.U. 2012, poz. 1545.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

8) stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Przy ustalaniu minimalnych norm nie bierze się pod uwagę kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej zatrudnionej w danej placówce, z wyjątkiem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

W celu ujednolicenia zasad obliczania norm zatrudnienia w załącznikach nr 1–7 do rozporządzenia wskazano kryteria dla poszczególnych kategorii opieki w zależności od rodzaju oddziałów ze względu na ich profil. Ponadto przydzielono pacjentów do określonej kategorii opieki ze względu na stan zdrowia i wskazano kryteria dla kategorii:

1) opieki w przypadku oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr 1);

2) opieki w przypadku oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr 2);

3) opieki w przypadku zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury albo w przypadku oddziału lub zespołu porodowego w profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego (załącznik nr 3);

4) opieki w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem" lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu – w odniesieniu do położnicy (załącznik nr 4);

5) opieki w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem" lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu – w odniesieniu do noworodka (załącznik nr 5);

6) opieki w przypadku oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr 6);

7) opieki w przypadku oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr 7).

Obliczanie norm zatrudnienia odbywa się na podstawie wzorów określonych we wskazanym wyżej rozporządzeniu i powinno być określane co najmniej raz na trzy lata. Ustawodawca wskazał, że wprowadzenie norm ma na celu zapewnienie odpowiedniej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

2.3. Wymogi dotyczące kwalifikacji zawodowych na odpowiednich stanowiskach pracy

W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz efektywności zatrudnienia, co z kolei przekłada się na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, usta-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wodawca w art. 50 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej wprowadził obowiązek zatrudniania w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska. Zostały one określone w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami[15]. Określają one dla poszczególnych stanowisk pracy wymagany tytuł zawodowy oraz liczbę lat w zawodzie, a także ewentualne dodatkowe wymogi.

Warto zauważyć, że jeżeli w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą zostało utworzone stanowisko odpowiadające wymienionemu w rozporządzeniu, osoba na nim zatrudniona musi spełniać określone wymogi. Jednak przedmiotowe przepisy nie wskazują wprost, że nie można tworzyć innych stanowisk niż wymienione w rozporządzeniu lub stosować innego nazewnictwa tych stanowisk. Niemniej jednak w takiej sytuacji wydaje się, iż należałoby w celu ustalenia wymogów kwalifikacyjnych przypisać takie stanowisko do stanowiska określonego przez ustawodawcę.

2.4. Zadania personelu medycznego w odniesieniu do zapewnienia jakości świadczonych usług zdrowotnych

Chociaż wskazuje się, że na jakość udzielanych świadczeń wpływ mają standardy dotyczące personelu medycznego odnoszące się do minimalnych kwalifikacji personelu oraz normy zatrudnienia, to niewątpliwie duże znaczenie ma również prawidłowość postępowania podejmowanego przez personel medyczny w odniesieniu do zasad wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej[16]. Tożsamy wymóg znajduje się w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty uznającym, iż lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością[17].

Odesłanie do zasad wiedzy medycznej jako wyznacznika prawidłowości postępowania wymaga ustalenia standardów tego postępowania. Należy dokładnie wskazać, jakiego

[15] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz.U. nr 151, poz. 896.

[16] Ustawa z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52, poz. 417, z późn. zm.

[17] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152, z późn. zm.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

rodzaju świadczenia powinny być podejmowane w związku z daną interwencją medyczną oraz jaki jest poziom kosztów takich działań. Dałoby to możliwość ustalenia zakresu wymagań, a także ewentualnych roszczeń odszkodowawczych w przypadku naruszenia tych standardów. Aktualnie standardy są opracowywane przez stowarzyszenia lekarskie ogólne lub skupiające lekarzy określonej specjalności, ale ich moc nie jest wiążąca. Standardy są również przygotowywane przez niektóre administracje podmiotów leczniczych, lecz obowiązek ich przestrzegania dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych w tych placówkach[18].

Warto zwrócić uwagę na formę, w jakiej powinny istnieć standardy postępowania. Zdaniem T. Dukiet-Nagórskiej istnieją pewne przeciwwskazania do ujmowania standardów w formę ministerialnego rozporządzenia. W takim przypadku nie ma mechanizmu kontroli środowiska i może zaistnieć pełna dowolność ustaleń, a co za tym idzie – stosunkowo łatwo wywrzeć wpływ na autorów w kierunku forsowania pewnych rozwiązań odpowiadających interesom danych grup czy firm. Istnieje też ryzyko, że standardy postępowania mogłyby, przynajmniej w pewnych zakresach, zyskać wymiar polityczny. Autorka wskazuje, iż najkorzystniejszym rozwiązaniem jest powoływanie przez poszczególne towarzystwa naukowe zespołów ekspertów, których celem jest ustalenie reguł postępowania[19].

Należy również podkreślić, iż określenie standardów postępowania w służbie zdrowia nie jest łatwe. Istnieje bowiem wiele aspektów pracy lekarza, w których kryteria oceny w ogóle nie da się ująć w postaci zwerbalizowanych zasad. Głównie występuje to przy czynnościach, gdzie wykorzystuje się zdolność obserwacji albo zdolności manualne. Wówczas, jak słusznie wskazują Maria Boratyńska i Przemysław Konieczniak, logicznie możliwe jest jedynie przymierzenie zachowania lekarza do personalnego wzorca zachowania[20].

3. Odpowiedzialność za jakość działań personelu medycznego

3.1. Odpowiedzialność pracownicza personelu medycznego

Personel medyczny zatrudniony na podstawie umowy o pracę w placówkach ochrony zdrowia realizuje działalność tych placówek i nie pozostaje wobec pacjenta w żadnym stosunku prawnym. Oznacza to, iż w przypadku, gdy lekarz lub inny pracownik przy wykonywaniu swoich obowiązków pracowniczych wyrządzi pacjentowi szkodę z winy nieumyślnej, co do zasady nie ponosi odpowiedzialności.

[18] J. Zdanowska, *Odpowiedzialność za jakość działań w podmiocie leczniczym*, [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Profesjonalne zarządzanie kadrami w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 80.

[19] T. Dukiet-Nagórska, *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna" 2004, nr 3, s. 14.

[20] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*, „Prawo i Medycyna" 1999, nr 3, s. 55.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Powyższa zasada wynika z art. 120 § 1 Kodeksu pracy, zgodnie z którym w sytuacji wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do jej naprawienia jest wyłącznie pracodawca. Pacjent winien więc kierować swoje roszczenia bezpośrednio do podmiotu leczniczego, w którym poniósł szkodę.

W doktrynie podzielone są stanowiska na temat tego, czy wyłączenie odpowiedzialności pracownika dotyczy wyłącznie szkód wyrządzonych z winy nieumyślnej, czy także szkód wyrządzonych z winy umyślnej. Zwolennicy koncepcji odpowiedzialności pracodawcy za szkody wyrządzone zarówno z winy umyślnej, jak i nieumyślnej podkreślają, że z art. 120 k.p. nie wynika, że ma on zastosowanie wyłącznie w przypadku, gdy pracownik wyrządzi skodę z winy nieumyślnej[21].

Natomiast w drugiej koncepcji wskazuje się na fakt, iż przyjęcie, jakoby do naprawienia szkody wyrządzonej osobie trzeciej przez pracownika z winy umyślnej zobowiązany był wyłącznie pracodawca, prowadziłoby do sytuacji, w której dopiero po naprawieniu szkody pracodawcy przysługiwałoby roszczenie regresowe do pracownika o wyrównanie szkody w pełnej wysokości. Pracownik ponosiłby więc odpowiedzialność w stosunku do pracodawcy w takim samym zakresie, w jakim ponosiłby ją w stosunku do osoby trzeciej[22].

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że odpowiedzialność odszkodowawcza pracownika – sprawcy szkody nie zawsze jest wyłączona. W wyroku z 11 kwietnia 2008 r. Sąd Najwyższy uznał, że jeśli pracodawca z przyczyn faktycznych – z powodu upadłości lub likwidacji – nie jest zdolny do naprawienia szkody, poszkodowany może dochodzić odszkodowania wprost od pracownika. Sąd uznał, że zwolnienie bezpośredniego sprawcy z obowiązku naprawienia szkody w sytuacji, gdy poszkodowany nie ma możliwości uzyskania odszkodowania od pracodawcy, godziłoby w usprawiedliwiony interes poszkodowanego. Przepis art. 120 § 1 k.p. powinien być stosowany tak, by interesy poszkodowanych były chronione możliwie jak najpełniej i by tym osobom była zapewniona w każdym przypadku rekompensata za doznaną szkodę i krzywdę[23].

Warto podkreślić, że od strony podmiotowej art. 120 k.p. ma zastosowanie do wszystkich pracowników bez względu na pełnione przez nich funkcje i zajmowane stanowiska w danym zakładzie pracy. Przepisu tego nie stosuje się natomiast w przypadkach niepracowniczych stosunków zatrudnienia, czyli zatrudnienia o charakterze cywilnoprawnym[24].

---

[21] R. Sadlik, *Odpowiedzialność pracodawcy za szkody wyrządzone przez pracownika*, „Służba Pracownicza" 2008, nr 9, s. 16; T. Zieliński, *Odpowiedzialność deliktowa pracowników według kodeksu pracy*, „Państwo i Prawo" 1975, nr 6, s. 4.

[22] A. Rososzczuk, *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego za szkody spowodowane niewłaściwym postępowaniem medycznym lekarza pozostającego w stosunku pracy z tym podmiotem*, „Roczniki Nauk Prawnych" 2013, tom XXIII, nr 4, s. 56-57.

[23] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2008 r., II CSK 618/07, LEX nr 496844.

[24] R. Badowiec, *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych – uwagi na tle art. 120 k.p.*, „Młody Jurysta" 2016, nr 4, s. 7-8.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

3.2. Odpowiedzialność cywilna z tytułu nienależytej jakości świadczeń zdrowotnych

Podmiot leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa pobytu. W przypadku naruszenia tego obowiązku ponosi odpowiedzialność cywilną za szkodę doznaną przez pacjenta, chyba że udowodni, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności.

Nałożenie na podmiot leczniczy powyższego obowiązku skutkuje jego odpowiedzialnością obejmującą zarówno czyny personelu medycznego, jak i błędy w organizacji placówki. Zgodnie z poglądem ugruntowanym w ustawodawstwie odpowiedzialność cywilna lekarza oparta jest na zasadzie winy. Oznacza to, że dla jej powstania nie mają znaczenia forma i postać winy. Nawet wina nieumyślna powoduje konieczność naprawienia wynikłej szkody. Ponadto dla przyjęcia odpowiedzialności wystarczy najlżejsza postać winy – niedbalstwo (nawet nieuświadomione), jeżeli działanie lekarza jest jednocześnie obiektywnie sprzeczne z zasadami sztuki medycznej[25]. Dodać należy, że wobec poszkodowanego pacjenta placówka, w której lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, odpowiada na zasadzie ryzyka.

Na lekarzu dokonującym czynności zawodowych spoczywa również obowiązek dochowania należytej staranności. Zobowiązanie to wynika z art. 355 § 1 k.c., zgodnie z którym „dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność)" oraz z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, na mocy którego lekarz ma obowiązek wykonywać zawód między innymi zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością. Powyższe przewiduje też art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej[26]. Obowiązek dołożenia należytej staranności podczas wykonywania czynności zawodowych przewiduje również art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej[27]. Adekwatnie do wskazanych wyżej przepisów każde niestaranne leczenie lub działanie stanowić będzie naruszenie prawa i zarazem zasad etyki skutkujące odpowiedzialnością cywilną, a w niektórych przypadkach również karną[28]. Lekarz, który udziela pacjentom świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym na podstawie zawartej z tym podmiotem umowy o pracę, nie ponosi indywidualnej odpowiedzialności cywilnej za wyrządzone pacjentom szkody. Odpowiedzialność ponosi wyłącznie ten podmiot na podstawie art. 430 k.c. Natomiast w przypadku

[25] K. Bączyk, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone pacjentom w związku z użyciem wadliwego lub niesprawnego sprzętu medycznego*, „Prawo i Medycyna" 2002, nr 11, s. 56.

[26] Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 roku.

[27] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011 nr 174, poz. 1039, z późn. zm.

[28] J. Zdanowska, *Odpowiedzialność za jakość działań…*, s. 82.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej – zlecenia lub umowy o świadczenie usług zdrowotnych, potocznie zwanej kontraktem – za wyrządzone szkody odpowie on solidarnie z podmiotem leczniczym.

Podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność cywilną również w sytuacji, gdy szkoda została wyrządzona pacjentowi na skutek nieprawidłowej organizacji podmiotu, niedoboru właściwego personelu lub jego niedostatecznych kwalifikacji, niezapewnienia odpowiednich warunków leczenia oraz w innych przypadkach związanych z wadliwą organizacją procesu leczenia. M. Nesterowicz określa to jako winę organizacyjną, którą przypisuje się nie konkretnemu lekarzowi, a właśnie temu podmiotowi[29].

Podsumowanie

1. Z uwagi na brak kompleksowych rozwiązań prawnych pozwalających na realizację polityki zdrowotnej w obszarze jakości, ustawodawca przygotował projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, która ma zagwarantować m.in. zwiększenie skuteczności diagnostyki i leczenia, wzrost bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów oraz bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych.
2. Na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych znaczący wpływ mają obok standardów dotyczących warunków lokalowych oraz standardów wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną – standardy dotyczące personelu medycznego określające obecnie jego minimalne kwalifikacje oraz normy zatrudnienia.
3. Osiągnięcie wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych wymaga poza wprowadzeniem odpowiednich regulacji prawnych zaangażowania personelu medycznego. Jest to możliwe przy zapewnieniu mu warunków świadczenia pracy na odpowiednim poziomie i umożliwieniu wyboru formy zatrudnienia spośród zatrudnienia pracowniczego oraz niepracowniczego.
4. Brak zapewnienia należytej jakości podczas udzielania świadczeń zdrowotnych może skutkować poniesieniem odpowiedzialności cywilnej przez podmioty lecznicze.

Bibliografia

Badowiec R., *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych – uwagi na tle art. 120 k.p.*, „Młody Jurysta" 2016, nr 4.

Bączyk K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone pacjentom w związku z użyciem wadliwego lub niesprawnego sprzętu medycznego*, „Prawo i Medycyna" 2002, nr 11.

Boratyńska M., Konieczniak P., *Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*, „Prawo i Medycyna" 1999, nr 3.

[29] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, TNOIK, Toruń 2007, s. 338.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Dukiet-Nagórska T., *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna" 2004, nr 3.

Garbacz K., Guziak D., *Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem*, „Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania" 2012, nr 28.

Hajn Z., *Elastyczność popytu na pracę. Aspekty prawne*, [w:] E. Kryńska (red.), *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy a popyt na pracę w Polsce*, IPiSS, Warszawa 2003.

Jakość w opiece zdrowotnej, http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej [dostęp: 15.04.2017].

Karkowska D., *Zawody medyczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 roku.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, TNOIK, Toruń 2007.

Pisarczyk Ł., *Różne formy zatrudnieni*a, Wolters Kluwer, Warszawa 2003.

Rososzczuk A., *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego za szkody spowodowane niewłaściwym postępowaniem medycznym lekarza pozostającego w stosunku pracy z tym podmiotem*, „Roczniki Nauk Prawnych" 2013, tom XXIII, nr 4.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz.U. nr 151 poz. 896.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz.U. 2012, poz. 1545.

Sadlik R., *Odpowiedzialność pracodawcy za szkody wyrządzone przez pracownika*, „Służba Pracownicza" 2008, nr 9.

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy, Dz.U. 1974 nr 24, poz. 141, z późn. zm.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 2015, poz. 464.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz.U. 2009 nr 52, poz. 418.

Ustawa z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52, poz. 417, z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011 nr 174, poz. 1039, z późn. zm.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2008 r., II CSK 618/07, LEX nr 496844.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Założenia do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta,

https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//1/12294407/12408050/12408051/dokument269427.pdf [dostęp: 10.04.2017].

Zdanowska J., *Odpowiedzialność za jakość działań w podmiocie leczniczym*, [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs, *Profesjonalne zarządzanie kadrami w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

Zieliński T., *Odpowiedzialność deliktowa pracowników według kodeksu pracy*, „Państwo i Prawo" 1975, nr 6.

The role of medical staff in the health service quality system

Abstract
Recently, there is visible trend to ensure the highest possible level of quality in all sectors of the economy, including health care system. The quality of health care services is influenced by standards set for medical staff. They refer to minimum staff qualifications and employment standards. In the event of patient being harmed as a result of improper actions of the medical staff the hospital is obliged to fix the damages according to the rules set out in the civil code.

Keywords: health care quality, medical staff , health care standards, legal responsibility

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Anna Rybarczyk-Szwajkowska[1]

Instrumenty stosowane w procesie doskonalenia jakości usług medycznych

Streszczenie
W teorii przedmiotu zostało zdefiniowanych wiele różnych zasad/metod/narzędzi/technik doskonalenia jakości. Niestety, istnieje luka dotycząca tego, które podejście jest najbardziej trafne w zmieniających się warunkach działalności leczniczej. Sugeruje się, iż podmioty lecznicze powinny wdrożyć jednocześnie kilka instrumentów, a o wyborze powinna zdecydować kadra zarządzająca. Wybór ten powinien wynikać z założeń realizowanej strategii zarządzania. Jednak pomimo przyjętej strategii menedżerowie w niewłaściwy sposób reagują na pojawiające się szanse i zagrożenia wynikające z zastosowanych instrumentów doskonalenia jakości, co może być wynikiem braku zdefiniowanego celu działania. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie instrumentarium doskonalenia jakości, które mogłoby/jest wykorzystywane w procesie poprawy jakości usług medycznych w podmiotach leczniczych w Polsce.

Słowa kluczowe: instrumenty doskonalenia jakości, jakość usług medycznych, benchmarking, diagram Ishikawy, diagram Pareto-Lorenza, just in time, outsourcing, Six Sigma

Wstęp

Instrumentarium zarządzania jakością można podzielić na zasady, metody, techniki i narzędzia. Rozróżnienie to jest związane przede wszystkim z zasięgiem oddziaływania poszczególnych instrumentów. *Zasady* charakteryzują się oddziaływaniem długoterminowym i wpływają na przejętą wcześniej strategię rozwoju przedsiębiorstwa, wykraczają poza ramy przedsiębiorstwa, a rezultaty ich zastosowania są trudne do bieżącej oceny. Celem ich zastosowania jest ukierunkowanie i umotywowanie wszystkich działań podjętych na rzecz poprawy i doskonalenia jakości. *Metody* prezentują oddziaływanie średnioterminowe, kształtują jakość projektową i jakość wykonania. *Narz*ędzia są krótkoterminowe w oddziaływaniu, a efektywne ich wykorzystanie można dostrzec w połączeniu z innymi metodami, wtedy wyniki widoczne są natychmiast. *Techniki* stanowią części składowe zasad, metod i narzędzi i wykorzystywane są do osiągnięcia celów szczegółowych w obrębie powyższych[2].

[1] Dr n. o zdrowiu; Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
[2] A. Mazur, H. Gołaś, *Zasady, metody i techniki wykorzystywane w zarządzaniu jakością*, Wyd. Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010, s. 26-28.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Rozróżnienie poszczególnych instrumentów i ich podział w literaturze nie zawsze jest zbieżny[3]. Dotyczy to zwłaszcza teorii zarządzania jakością w opiece zdrowotnej, która opisuje wiele różnych zasad, metod, technik i narzędzi doskonalenia jakości. Niestety, istnieje luka dotycząca tego, które podejście jest najbardziej trafne w zmieniających się warunkach działalności leczniczej. Sugeruje się, iż podmioty lecznicze powinny wdrożyć jednocześnie kilka instrumentów. O ich wyborze powinna zdecydować kadra zarządzająca, a wybór powinien wynikać z założeń realizowanej strategii zarządzania jakością. Jednak pomimo przyjętej strategii menedżerowie w niewłaściwy sposób reagują na pojawiające się szanse i zagrożenia wynikające z zastosowanych instrumentów doskonalenia jakości, co może być wynikiem braku wcześniej szczegółowo zdefiniowanego i realizowanego celu działania. Celem niniejszego rozdziału jest omówienie instrumentarium doskonalenia jakości w opiece zdrowotnej, które w sposób istotny może/mogłoby skutecznie i efektywnie wpłynąć na działalność podmiotów leczniczych.

1. Benchmarking

Benchmarking, czyli *analiza porównawcza,* to proces uczenia się przez porównanie, jak inne firmy realizują określone zadania na szczególnie wysokim poziomie jakościowym[4]. Definiowany jest również jako proces ciągłego i systematycznego identyfikowania, analizy, projektowania i w konsekwencji wdrażania lepszych rozwiązań w zakresie procesów, produktów, sposobów rozwiązywania problemów i realizacji celów z wykorzystaniem uznanych i sprawdzonych wzorców wewnętrznych i/lub zewnętrznych organizacji, którego rezultatem jest wzrost efektywności działania organizacji[5]. Istotą benchmarkingu jest konfrontowanie własnej efektywności, utożsamianej z produktywnością, jakością i doświadczeniami, z wynikami tych organizacji, których funkcjonowanie wydaje się wzorcowe[6].

W odniesieniu do systemu ochrony zdrowia benchmarking można zdefiniować jako ciągły proces porównywania wyników palcówki ochrony zdrowia, systemów zarządzania, procesów, produktów oraz świadczonych usług z bezpośrednimi konkurentami[7]. W latach 90. XX wieku amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne Sun Health Alliance (obejmujące 250 szpitali) zastosowało benchmarking do poprawy jakości oferowanych usług medycznych. Za pomocą tego narzędzia placówki medyczne mogą obserwować

[3] W niniejszym rozdziale podział został oparty na podstawie: A. Hamrol, W. Mantura, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2002 oraz A. Hamrol, *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2017.

[4] R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 692.

[5] A. Węgrzyn, *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Oficyna Wydawnicza Antykwa, Kluczbork – Wrocław 2000, s. 69.

[6] B. Karlof, S. Ostblom, *Benchmarking*, Biblioteka Menedżera i Bankowca, Warszawa 1995, s. 7.

[7] A. Kupczyk, H. Korolewska-Mróz, M. Czerwonka, *Radykalne zmiany w firmie: od reengineeringu do organizacji uczącej się*, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998, s. 79.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

kształtowanie jakości w organizacjach oferujących podobny zakres świadczeń i porównywać do własnych wskaźników, a następnie wykorzystywać do doskonalenia te kryteria, w których ich dystans do najlepszych organizacji jest duży[8]. Benchmarking pozwala zrozumieć aktualną pozycję konkurencyjną szpitala na tle innych placówek, wskazuje kierunki działań strategicznych, pozwala również zidentyfikować potencjał rozwojowy i wybrać i/lub skorygować realne cele, do których dąży szpital[9].

Wyróżnia się cztery rodzaje benchmarkingu:

- wewnętrzny – polega na prowadzeniu porównań jednego z działów podmiotu leczniczego z innym działem w obrębie tej samej placówki na podstawie wcześniej opracowanych kryteriów,
- zewnętrzny (konkurencyjny) – służy do porównania realizowanych zadań z działami bezpośredniego konkurenta placówki,
- funkcjonalny – wykorzystywany do prowadzenia porównań z podmiotami, które nie należą do konkurencji, jednak ich działalność zasługuje na uwagę,
- rodzajowy – polega na dokonywaniu porównań procesów w poszczególnych dziedzinach, ale w niekonkurencyjnych branżach.

Wybór rodzaju benchmarkingu i placówki zdrowotnej, która stanowi wzorzec, jest niezwykle istotny i zależy od wielu czynników. W małych i średnich palcówkach najczęściej stosuje się benchmarking konkurencyjny. Podmioty lecznicze o złożonej budowie (np. szpitale kliniczne) i silnej pozycji na rynku muszą odnosić się do więcej niż jednej organizacji działającej na rynku, zależnie od dziedziny porównań. Benchmarking w szpitalach powinno się traktować jako narzędzie zdobywania wiedzy o najefektywniejszych, sprawdzonych i stosowanych w praktyce rozwiązaniach w jednostce prowadzącej działalność leczniczą i wykorzystania tej wiedzy w doskonaleniu własnej działalności. Wyniki pomiaru i oceny dokonań szpitali (zarówno w postaci informacji finansowych, jak i niefinansowych) mogą posłużyć do porównań pomiędzy szpitalami i stać się przyczynkiem do analizy poszczególnych obszarów ich działalności. Wśród obszarów pomiaru i oceny dokonań szpitali wyznaczonych przez WHO rzadko poddawane porównaniom są takie czynniki, jak: (1) bezpieczeństwo, (2) personel oraz (3) zarządzanie (powodem może być brak rzetelnych danych), jednakże bezpieczeństwo – przez wzgląd na specyficzny profil świadczonych w szpitalach usług, satysfakcja i możliwości rozwoju zawodowego personelu, a przede wszystkim sprawne zarządzanie szpitalem jako jednostką – powinny być poddane analizie i ocenie, a następnie porównaniu pomiędzy różnymi świadczeniodawcami[10].

[8] B. Ziębicki, *Zastosowanie benchmarkingu w szpitalnictwie amerykańskim*, „Przegląd Organizacji" 1997, nr 9, s. 18.

[9] G. Kanownik, *Znaczenie benchmarkingu w kształtowaniu konkurencyjności szpitali*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 802, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia" 2014, nr 65, s. 559-567.

[10] M. Macuda, *Rola benchmarkingu w pomiarze i ocenie dokonań szpitali*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2015, nr 398, s. 307-316.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Etapy wdrażania procesu benchmarkingu nawiązują do faz koła Deminga – **p**lan, **d**o, **c**heck, **a**ct (PDCA). Opis poszczególnych etapów przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Etapy procesu PDCA

Etapy	Działania
Planowanie	→ tworzenie zespołu realizującego projekt → identyfikacja obszaru badania → identyfikacja kluczowych czynników sukcesu → przyjęcie miar dla kluczowych czynników → ustalenie zakresu projektu → określenie celów → określenie kryteriów doboru partnerów → identyfikacja partnerów → określenie planu zbierania danych
Zbieranie danych	→ powtórne badanie wyróżnionych kryteriów → opracowanie uzyskanych informacji → identyfikacja narzędzi zbierania danych oraz ich testowanie → nawiązanie kontaktów z najlepszymi potencjalnymi partnerami → selekcja najodpowiedniejszych partnerów → prowadzenie badania
Analiza	→ porównanie danych o własnej organizacji z informacjami o partnerze → sortowanie i opracowanie informacji → zapewnienie porównywalności informacji → określenie potencjalnych różnic → określenie najlepszych rozwiązań i określenie strategii wdrażania usprawnień → oszacowanie możliwości adaptacji rozwiązań zastosowanych w innej organizacji → określenie szans wdrożenia usprawnień → opracowanie planu wdrażania
Adaptacja	→ realizacja planu → monitoring postępów → opracowanie dokumentacji z przebiegu prac → planowanie ciągłych usprawnień → nowe okazje do usprawnień przez benchmarking → nowe cele

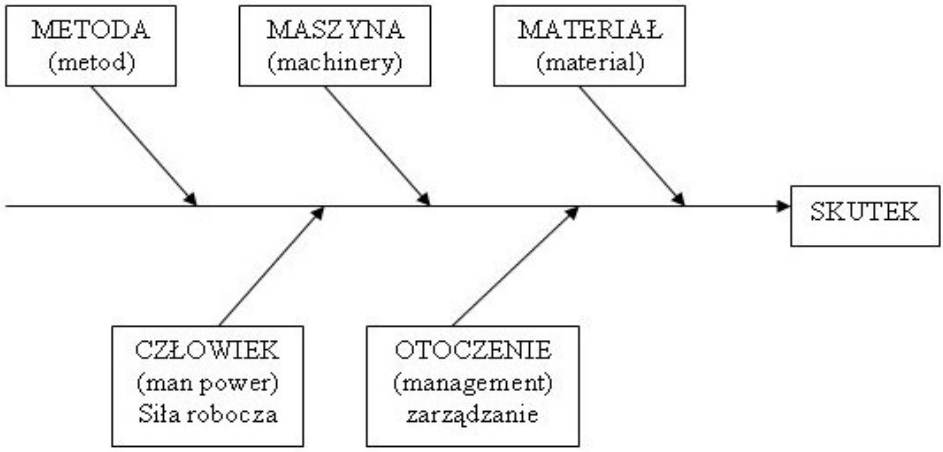
Źródło: K. Lisiecka, *Kreowanie jakości*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2002, s. 279-280.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

2. Diagram Ishikawy

Diagram przyczynowo-skutkowy Ishikawy w literaturze zwany również *diagramem rybiej osi* i *diagramem jodełkowym* jest graficzną prezentacją analizy przyczyn wywołujących problem. Jest to narzędzie hierarchizujące, którego zasadniczym celem jest pomoc w zlokalizowaniu przyczyny problemu. Po raz pierwszy instrument ten został zastosowany w Japonii w Sumitomo Electric. Jak większość narzędzi japońskich cechuje się prostotą oraz dużą skutecznością. Obecnie jest jednym z najpowszechniej stosowanych narzędzi zarządzania jakością[11]. Podstawowymi cechami diagramu są: (1) uporządkowany przekaz informacji, (2) trafność analizy, (3) hierarchia danych, (4) staranność, (5) nacisk na lokalizację i eliminację przyczyn problemu[12].

Rysunek 1. Klasyfikacje kategorii 5M



Źródło: J. Łańcucki, *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003, s. 223.

Rysunek 1 przedstawia ogólny obraz diagramu Ishikawy. „Głowa ryby" stanowi analizowany problem, promieniście rozmieszczone ości w kręgosłupie odzwierciedlają grupy przyczyn. W układzie 5M proponuje się pięć grup przyczyn:

I. siła robocza (Manpower) – kwalifikacje pracowników, ich przyzwyczajenia, zadowolenie z wykonywanej pracy, staż itp.,

II. metody (Method) – procedury, instrukcje, zakres obowiązków, normy, prawo, reguły, technologie itp.,

[11] B. Szczęśniak, M. Zasadzień, Ł. Wapienik, *Zastosowanie analizy Pareto oraz diagramu Ishikawy do analizy przyczyn odrzutów w procesie produkcji silników elektrycznych*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej seria Organizacja i Zarządzanie z 63a" 2012, nr 1891, s. 127.

[12] J. Łańcucki, *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003, s. 222-223.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

III. maszyny (Machinery) – licencje, wydajność, bezpieczeństwo, warunki pracy, nowoczesność itp.,
IV. materiał (Material) – surowce, półfabrykaty, substytuty itd.,
V. zarządzanie (Management) – struktura organizacyjna, organizacja pracy, zmianowość itp.[13]

W literaturze przedmiotu można odnaleźć również inną interpretację diagramu, poszerzoną o *Measurement* (metody, zasady pomiaru) i *Environment* (czynniki środowiskowe, warunki otoczenia, pracy). Powyższe kategorie można uzupełnić również o czynniki z grupy „M", np.: *Money* (środki finansowe), *Misceleanous* (inne), czy z grupy „E", np. *Equipment* (wyposażenie)[14]. W praktyce nie zaleca się jednak wprowadzania do diagramu więcej niż ośmiu kategorii[15].

W systemie ochrony zdrowia diagram Ishikawy jako narzędzie do wysuwania hipotez co do przyczyny błędów, wad i problemów może posłużyć do badania przebiegu procesu lub zjawisk towarzyszących defektom świadczonych usług/procedur medycznych, między innymi problemu zakażeń wewnątrzszpitalnych[16], dokumentacji, odleżyn. Pozwala zgromadzić i usystematyzować wiedzę, która przyczyni się do rozwiązania zaistniałego problemu. Aby przygotować diagram Ishikawy, należy wcześniej precyzyjnie określić zagadnienia i objaśnić reguły w trakcie prowadzenia dyskusji. Po wyczerpaniu wszystkich pomysłów przedstawionych w trakcie dyskusji należy zaznaczyć je na wykresie i przejść do formułowania wniosków[17].

3. Diagram Pareto-Lorenza

Diagram Pareto-Lorenza, tzw. metoda ABC lub prawo 20/80, należy do technik określających działania zmierzające do poprawy jakości wyrobów materialnych i jakości świadczonych usług. Prowadzi do zidentyfikowania najważniejszych cech mających istotny wpływ na jakość. Zasadniczym celem w tym instrumencie jest ustalenie ważności cech mających wpływ na występowanie zakłóceń i nieprawidłowości[18]. Diagram jako narzędzie statystyczne zostało rozpowszechnione przez Jurana, który zajmował się analizą jakości. W czasie swoich prac zetknął się z wynikami prac Pareto, który dowiódł, że 20% przyczyn decyduje o 80% skutków. Diagram opiera się na prostym wykresie słupkowym, na który nanosi się liniowy wykres wartości skumulowanych. W praktyce oznacza to, że należy sku-

[13] Ibidem, s. 223-224.
[14] R. Capper, *A project-by project approach to quality, A Practical Handbook for Individuals, Teams and Organizations*, Hampshire, Brookfield, t. V., Gower 1998, s. 197.
[15] A.M. Doggett, *Root Cause Analysis: A Framework for to Selection*, "Quality Management Journal" 2005, nr 12 (4), s. 34-45.
[16] Zob. M. Wiśniewska, A. Jasiak-Kujawska, *Analiza przyczyn zakażeń medycznych z wykorzystaniem ważonego diagramu Ishikawy*, „Zarządzanie i Finanse" 2012, nr 3 (cz. 1), s. 328-343.
[17] K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2005, s. 152-153.
[18] M. Urbaniak, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2004, s. 311.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

pić się na wprowadzeniu działań korygujących najistotniejsze 20% czynników niezgodności. Analizę Pareto stosuje się w sytuacji, gdy chcemy wyeliminować zjawiska o największej częstotliwości, które najczęściej są przyczyną tworzenia największych kosztów.

Tryb postępowania w diagramie Pareto wygląda następująco:

- ✓ określenie listy przyczyn,
- ✓ wybór kategorii wpływających na dane zjawisko,
- ✓ określenie przedziału czasowego analizy,
- ✓ budowa tabeli, naniesienie wartości w sposób słupkowy (ważny porządek malejący),
- ✓ obliczenie i naniesienie wartości na wykres,
- ✓ analiza wykresu[19].

Wykres stosuje się jako pierwsze narzędzie przy ustalaniu programu poprawy jakości, gdyż ukazuje, jakie błędy należy wyeliminować, aby poprawić jakość produkcji/usług.

Doskonałym przykładem zastosowania diagramu Pareto w ochronie zdrowia jest opisana w książce K. Opolskiego i wsp. analiza przyczyn niezadowolenia pacjentów. Rodzaj przyczyn niezadowolenia ze świadczonych usług medycznych podzielono na sześć potencjalnych powodów. Zapytano pacjentów o opinię, który powód jest skutkiem składania przez nich skarg. Procentowy udział poszczególnych odpowiedzi został przedstawiony w tabeli 2 i na rysunku 2.

Tabela 2. Przyczyny niezadowolenia pacjentów

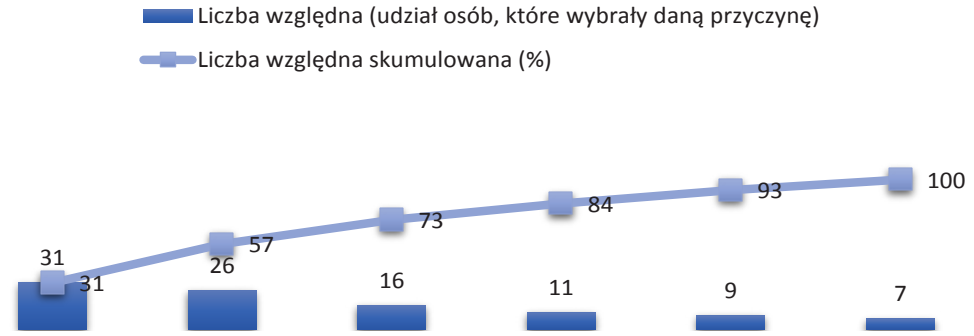
Lp.	Rodzaj przyczyny niezadowolenia	Liczba względna (% udział osób, które wybrały daną przyczynę)	Liczba względna skumulowana (%)
1.	Trudności w dostępie do lekarza pierwszego kontaktu	31	31
2.	Trudności w dostępie do lekarza specjalisty	26	57
3.	Zła organizacja	16	73
4.	Niewłaściwe leczenie, błędnie postawiona diagnoza, powikłania	11	84
5.	Niewłaściwe zachowanie personelu	9	93
6.	Inne	7	100
	Suma	100	

Źródło: K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2005, s. 155.

[19] J. Łańcucki, *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*…, s. 230.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Rysunek 2. Diagram Pareto-Lorenza



Źródło: opracowanie własne.

4. Outsourcing

Outsourcing (*outside resource using)* jest narzędziem dającym możliwość wykorzystywania niezależnych zewnętrznych podmiotów jako dostarczycieli określonych dóbr i usług zamiast konieczności rozwijania tych sfer działalności wewnątrz własnej organizacji[20]. Outsourcing często traktowany jest jako pomocnicze, wspomagające przedsięwzięcie, dzięki któremu organizacja skupia się jedynie na kluczowych elementach swej działalności.

Wyróżnia się dwa typy outsourcingu:

- ✓ kontraktowy – polegający na wydzieleniu obszarów organizacji ze struktury macierzystej i przekazanie ich do realizacji niezależnym podmiotom gospodarczym,
- ✓ kapitałowy – polegający na wydzieleniu obszarów organizacji ze struktury macierzystej i przekazanie ich do realizacji podmiotom związanym z zakładem macierzystym (tzw. spółka-córka).

Wprowadzenie outsourcingu przebiegać powinno w trzech etapach:

Etap pierwszy – analiza wstępna – analiza i ocena uwarunkowań strategicznych wydzielenia (faza podstawowa).

Etap drugi – zadania i opracowania szczegółowe – szczegółowa analiza uwarunkowań wydzielenia, opracowanie rozwiązań mających na celu wdrożenie procesu wydzielania do realizacji.

Etap trzeci – wdrażanie – wprowadzenie rozwiązań zaprojektowanych w poprzednich fazach[21].

Polskie prawo nie definiuje ani nie reguluje w sposób dokładny zasad outsourcingu; rozwiązania szczegółowe określane są w kontraktach zawieranych między podmiotami zlecającymi i świadczącymi usługi[22].

[20] M. Trocki, *Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej*, PWE, Warszawa 2001, s. 7.
[21] W.M. Grudzewski, *Metody projektowania systemów zarządzania*, Difin, Warszawa 2004, s. 223.
[22] J. Klich, *Outsourcing jako alternatywa dla klasycznego podejścia do zarządzania zasobami organizacji*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 299.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Omawiany instrument w ochronie zdrowia jest od dawna stosowany, będąc często narzędziem realizacji strategii zarządzania w podmiotach leczniczych. Najczęstszymi obszarami związanymi z outsourcingiem są: usługi rehabilitacyjne, usługi remontowe i konserwacyjne, utylizacja odpadów, usługi pralnicze, usługi w zakresie sprzątania i żywienia, ochrona mienia, ochrona przeciwpożarowa, zaopatrzenie w gazy medyczne, obsługa informatyczna. Należy zaznaczyć, iż outsourcing jest nie tylko sposobem odchodzenia od nieefektywnych, autokratycznych struktur organizacyjnych, ale też jednym z ważniejszych narzędzi restrukturyzacji szpitala[23].

5. Just in time (JIT)

Celem stosowania *Just in time* (JIT) jest zapewnienie terminowości produkcji, dostarczenie usługi przy minimalizacji strat. W literaturze przedmiotu spotyka się różne definicje JIT. Wyrażany jest pogląd, że każda instytucja, która stosuje narzędzie JIT, może indywidualnie, w zależności od potrzeb ją definiować. Zakres jej wykorzystania i dobór szczegółów wynika ze specyfiki struktury organizacyjnej, systemu i zakresu świadczonych usług[24]. W każdej definicji pojawiają się jednak dwa zasadnicze elementy, stwierdzające, iż JIT: (1) jest zespołem koncepcji pozwalających na systematyczną identyfikację problemu i (2) jest zespołem narzędzi korygujących zidentyfikowany problem[25]. Wprowadzenie JIT wymaga odpowiedniego zarządzania zasobami ludzkimi, pełnego zaangażowania kierownictwa i pracowników w ciągłe usprawnianie, przekonania o celowości dokonanych zmian, zachowania odpowiedniej kolejności wdrażanych etapów, posiadania środków finansowych na inwestycje oraz wysokiego stopnia standaryzacji świadczonych usług. Istotą JIT jest zapewnienie odpowiednich środków, sprzętu, materiałów czy zasobów ludzkich we właściwym czasie i miejscu, w odpowiednim stanie i ilości[26].

W placówkach medycznych *Just in time* stosowana jest w procesie zarządzania materiałami medycznymi. Typowym działaniem w tych placówkach jest kupowanie partii materiałów, a następnie magazynowanie ich, które wiąże się z kosztami takimi jak koszt logistyki magazynowej, ochrony, ubezpieczenia itp.[27] Inwestycja w materiały angażuje środki finansowe, które można byłoby wykorzystać do zakupu innych aktywów. Podejście JIT jest niezwykle skuteczne do magazynowania leków, gdyż obniża się ryzyko

[23] Zob. D. Kotlęga, P. Nowacki, D. Lewiński, R. Chmurowicz, S. Ciećwież, *Outsourcing – teoria i zastosowanie w szpitalu klinicznym w Szczecinie na przykładzie usług transportu i utylizacji odpadów medycznych*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis – Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie" 2011, 57, 3, s. 93-100.

[24] M. Imai, *Gemba Kaizen: A commonsense, Low-cost Approach to Management*, McGraw-Hill, Maidenhead 1997, s. 40.

[25] R. Karaszewski, *Zarządzanie jakością, koncepcje, metody i narzędzia stosowane przez liderów światowego biznesu*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności Dom Organizatora, Toruń 2005, s. 220.

[26] B. Milewska, D. Milewski, *Just in Time*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2001, s. 20-21.

[27] M. Raulinajtys-Grzybek, *Zarządzanie kosztami podmiotów leczniczych. Rola i zadania pielęgniarek*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013, s. 37.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

przeterminowania produktu i pojawia się szansa wykorzystania nowo pojawiających się na rynku leków, które stanowią substytuty dotychczas stosowanych, bez oczekiwania na wyczerpanie starych zapasów. Możliwe jest także wykorzystanie JIT przy dostarczaniu niezbędnych do operacji materiałów, m.in. protez, cewników, poprzez ich dostawę bezpośrednio na salę operacyjną. Wymaga to jednak olbrzymiego zaufania do dostawców[28].

Jako potencjalne przyczyny niepowodzeń *Just in time* wyróżnia się: (1) brak kompleksowego podejścia do wdrażania jej w całej organizacji, (2) pomijanie kierownictwa i administracji, (3) szybkie tempo zmniejszania stanu magazynowego, (4) brak istnienia usprawnień, (5) niepodejmowanie działań mających na celu usuwanie przyczyn problemów danej placówki medycznej, (6) niesprawność transportu, (7) brak umiejętności przewidywania zapotrzebowania, (8) mentalność i przyzwyczajenia pracowników[29].

Podsumowanie

Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych wymaga sprawnego i efektywnego wykorzystania dostępnych, ograniczonych zasobów (finansowych, kadrowych), wdrożenia szeregu usprawnień, odpowiedzialnego zaangażowania wszystkich pracowników w proces doskonalenia jakości na każdym etapie działalności, aby dostarczane usługi medycznie były jak najwyższej jakości. Zagwarantowanie wszystkim pacjentom możliwie najlepszej opieki musi stanowić główny kierunek strategicznych działań podmiotu tworzącego, kadry zarządczej i codziennej pracy personelu, ponieważ realizowanie wysokiej jakości usług medycznych wymaga sprawnej koordynacji działań oraz umiejętności adaptacji do ciągle zmieniających się warunków[30].

Implementacja instrumentów zarządzania jakością rozpoczyna najczęściej długotrwały proces transformacji całej organizacji, jaką jest podmiot leczniczy. Transformacja ta dotyczy wszystkich zatrudnionych osób, implikuje zmiany w kulturze, nawykach i zachowaniu, zaburza dotychczasową hierarchię obowiązującą w systemie. Zmiany takie są jednak niezbędne, aby stworzyć organizację, której celem jest poprawa jakości świadczonych usług medycznych. Działania na rzecz poprawy jakości powinny rozpocząć się od opracowania zasad polityki zarządzania jakością, co oznacza, że konieczne jest postawienie jasnych celów, wprowadzenie jednoznacznego podziału obowiązków pracowników, a przede wszystkim wzrost zaangażowania i odpowiedzialności kadry zarządzającej, która jest najważniejszym czynnikiem sprzyjającym realizacji celów polityki jakości[31]. Od in-

[28] K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2005, s. 131.
[29] Ibidem.
[30] A. Rybarczyk-Szwajkowska, *Healthcare quality management in the province of Łódź*, "Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna" 2013, nr XIII/III, s. 66.
[31] M. Whitfield, M. Surowiec, M. Kautsch, *Zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 317-318.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wencji kadry kierowniczej zależy podjęcie działań zmierzających początkowo do rozpoznania potrzeb i zaplanowania zmian mających na celu poprawę jakości. Wybór ambitnych i kreatywnych pracowników, wygospodarowanie środków, budowa planu działania i dokonywanie wdrożeń, a także ocena wyników stanowią zadania, za które odpowiedzialny jest zarządzający placówką w procesie doskonalenia jakości. Takie działania stanowią tło do efektywnego i skutecznego wdrażania instrumentów poprawy jakości.

Omówione w rozdziale instrumentarium doskonalenia jakości staje się coraz bardziej popularne w działalności podmiotów leczniczych w Polsce. Rosnące zainteresowanie jest wynikiem skuteczności tych narzędzi w działaniach mających na celu poprawę jakości, wzrost satysfakcji pacjentów, a także rozwój pracowników przy często niewielkich kosztach.

Bibliografia

Bobik D., *Modele zarządzania jakością*, [w:] T. Borys (red.), *Zarządzanie środowiskiem – gospodarka przestrzenna – zarządzanie jakością*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2007.

Capper R., *A project-by project approach to quality, A Practical Handbook for Individuals, Teams and Organizations*, Hampshire, Brookfield, t. V, Gower 1998.

Detyna B., Detyna J., *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Difin, Warszawa 2011.

Doggett A.M., *Root Cause Analysis: A Framework for to Selection*, "Quality Management Journal" 2005, nr 12 (4).

Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

Grudzewski W.M., *Metody projektowania systemów zarządzania*, Difin, Warszawa 2004.

Hamrol A., Mantura W , *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2002.

Hamrol A., *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2017.

Imai M., *Gemba Kaizen: A commonsense, Low-cost Approach to Management*, McGraw-Hill, Maidenhead 1997.

Kanownik G., *Znaczenie benchmarkingu w kształtowaniu konkurencyjności szpitali*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 802. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia" 2014, nr 65.

Karaszewski R., *Zarządzanie jakością, koncepcje, metody i narzędzia stosowane przez liderów światowego biznesu*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności Dom Organizatora, Toruń 2005.

Karlof B., Ostblom S., *Benchmarking*, Biblioteka Menedżera i Bankowca, Warszawa 1995.

Klich J., *Outsourcing jako alternatywa dla klasycznego podejścia do zarządzania zasobami organizacji*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Kotlęga D., Nowacki P., Lewiński D., Chmurowicz R., Ciećwież S., *Outsourcing – teoria i zastosowanie w szpitalu klinicznym w szczecinie na przykładzie usług transportu i utylizacji odpadów medycznych*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis – Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie" 2011, 57, 3.

Kupczyk A., Korolewska-Mróz H., Czerwonka M., *Radykalne zmiany w firmie: od reengineeringu do organizacji uczącej się*, Wydawnictwo Prawo-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998.

Lisiecka K., *Kreowanie jakości*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2002.

Łańcucki J., *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003.

Macuda M., *Rola benchmarkingu w pomiarze i ocenie dokonań szpitali*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2015, nr 398.

Mazur A., Gołaś H., *Zasady, metody i techniki wykorzystywane w zarządzaniu jakością*, Wyd. Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010.

Milewska B., Milewski D., *Just in Time*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2001.

Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2005.

Plotkin H., *Six Sigma: What is and how to use it*, "Harvard Management Update" 1999.

Raulinajtys-Grzybek M., *Zarządzanie kosztami podmiotów leczniczych. Rola i zadania pielęgniarek*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.

Rybarczyk-Szwajkowska A., *Healthcare quality management in the province of Łódź,* "Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna" 2013, nr XIII/III.

Szczęśniak B., Zasadzień M., Wapienik Ł., *Zastosowanie analizy Pareto oraz diagramu Ishikawy do analizy przyczyn odrzutów w procesie produkcji silników elektrycznych*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria Organizacja i Zarządzanie z 63a" 2012, nr 1891.

Trocki M., *Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej*, PWE, Warszawa 2001.

Urbaniak M., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2004.

Węgrzyn A., *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Oficyna Wydawnicza Antykwa, Kluczbork – Wrocław 2000.

Whitfield M., Surowiec M., Kautsch M., *Zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

Wiśniewska M., Jasiak-Kujawska A., *Analiza przyczyn zakażeń medycznych z wykorzystaniem ważonego diagramu Ishikawy*, „Zarządzanie i Finanse" 2012, nr 3 (cz. 1).

Ziębicki B., *Zastosowanie benchmarkingu w szpitalnictwie amerykańskim*, „Przegląd Organizacji" 1997, nr 9.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

The instruments used in the process of improving the healthcare quality services

Abstract
Although a range of different rules/methods tools/techniques of quality improvement have been defined, it is unclear as to which is the most appropriate against the changing background of medical activity. It has been suggested that hospitals should implement several instruments at the same time, and management should decide on the most appropriate. This choice should be based on the principles underpinning the management strategy. However, managers frequently react inappropriately to emerging opportunities and threats associated with the selected instruments of quality improvement, which may result from a lack of any defined goal. The purpose of this paper is to present the instruments could be/used in improving quality in Polish hospitals.

Keywords: quality improvement instruments, quality of healthcare, benchmarking, Fishbone diagram, Pareto diagram, Just in time, outsourcing, Six Sigma

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Anna Rybarczyk-Szwajkowska[1]

Ocenianie jakości usług medycznych

Streszczenie
Różnorodność i złożoność elementów składających się na *jakość* i *usługę* powoduje, iż z dużą ostrożnością należy podchodzić do jednoznacznego przyjmowania narzędzi i metod oceny. Rzeczą niezwykle ważną jest sprecyzowanie podstawowych kryteriów/wyróżników/standardów odnoszących się do oceny jakości usług. Celem opracowania jest przedstawienie kryteriów konsumenckiej oceny jakości, omówienie najczęściej wykorzystywanych standardów i wskaźników oceny jakości usług medycznych, scharakteryzowanie systemu zewnętrznej oceny jakości usług świadczonych – akredytacji i wskazanie założeń projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów, która będzie stanowiła nowe „narzędzie" do oceny jakości w ochronie zdrowia.

Słowa kluczowe: jakość, usługa medyczna, ocena jakości usług, standard, akredytacja, bezpieczeństwo pacjenta

Wstęp

Punktem wyjścia wielu opracowań podejmujących problematykę *jakości* jest próba jej zdefiniowania. Autorzy zgadzają się, iż trudności w definiowaniu jakości wynikają z problemów etymologicznych tego pojęcia – medycyna, nauki o zdrowiu, prawo, ekonomia, statystyka, psychologia, socjologia i in. nauki posiadają inny zakres badań, narzędzi badawczych, a dodatkowo te same pojęcia odnoszą się do różnych zjawisk[2]. Zgodnie z definicją Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej jakość to ogół cech i właściwości produktu (usługi, wyrobu), które to cechy mają wpływ na zdolność do zaspokojenia określonych lub domniemanych potrzeb[3]. W przytoczonej definicji należy zwrócić uwagę na to, iż jakość jest rozumiana jako dyspozycja (*właściwość*) produktu do zaspokojenia potrzeb. Taka interpretacja powoduje negatywne w skutkach konsekwencje. Jedną z nich jest sprowadzanie badania jakości usług do pomiaru satysfakcji z zaspokojenia potrzeb[4]. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość jako „rezultat (jakość techniczna), sposób

[1] Dr n. o zdrowiu; Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
[2] J. Michalak, *Legal conditions and determinants of Quality in the Polish Healthcare System*, [w:] I. Rudawska (red.), *Challenges for Healthcare reform in Europe*, 2011, s. 166-177.
[3] Norma PN-ISO 8402:1996.
[4] K. Rogoziński, *Jakość usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2000, s. 208; J. Michalak, *Metody i narzędzia zarządzania jakością na przykładzie opieki zdrowotnej*, referat wygłoszony na seminarium naukowym, 9.03.2011, Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

użycia środków (wydajność ekonomiczna), organizacji usług i satysfakcja pacjenta"[5]. Definicja WHO nie obejmuje jednak wszystkich aspektów jakości, gdyż w kontekście całego obszaru usług medycznych jakość jest oceniana według kryteriów zależnych od podmiotu oceniającego i jego celów zdrowotnych. Definiując jakość, należy także określić, który z aspektów jakości będzie badany, a także w jaki sposób zostanie dokonany pomiar jakości. W prosty sposób jakość można pojmować jako spełnienie wymagań i/lub zaleceń, bądź obecność pożądanych właściwości usługi[6]. Jedna z najczęściej cytowanych definicji sformułowana została przez Institute of Medicine w 1990 r. i głosi, że jakość jest to stopień, w jakim usługi zdrowotne kierowane do jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądanego stanu zdrowia (wynik) i są zgodne z aktualną wiedzą medyczną (Evidence Base Medicine)[7]. Do tego rozumienia nawiązuje R. Holly, który dla właściwego pojmowania jakości wskazuje na konieczność określenia celu i pożądanego (oczekiwanego) wyniku/skutku/stanu zdrowotnego ocenianego działania terapeutycznego[8].

Pojęcie *jakość usług* definiowane jest jako „wychodzenie naprzeciw wymaganiom klienta przez podmioty prowadzące działalność usługową", a także jako „stopień, w jakim ogół nieodłącznych właściwości usługi spełnia wymagania klienta"[9]. Jakość opieki to wartość techniczna (wiedza, umiejętności kliniczne, technologia), wartość stosunków międzyludzkich (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny) i oprawa usług (komfort, estetyka)[10]. Mając na uwadze różnorodność i złożoność elementów składających się na jakość i usługę, należy z dużą ostrożnością podchodzić do jednoznacznego przyjmowania do tej sfery usług narzędzi i metod oceny jakości. Rzeczą niezwykle ważną jest sprecyzowanie podstawowych wyróżników odnoszących się do oceny jakości usług.

Nierzadko literatura z zakresu jakości odnosi się do teorii Donabediana, zgodnie z którą opieka zdrowotna jest hierarchicznie zorganizowanym systemem, który można charakteryzować w odniesieniu do jego trzech aspektów: (1) struktury, (2) procesu i (3) wyniku[11]. Regulacje prawne odnoszą się głównie do minimalnych wymagań jakości struktury, ale nie uwzględniają jakości procesów czy jakości wyników[12]. Elementy struktury w podmiotach leczniczych to m.in.: liczebność i wykształcenie personelu,

[5] WHO Working Group. *Quality Ace In Health Care*. 1989 r. I-79-95.

[6] M. Whitfield, M. Surowiec, M. Kautsch, *Zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 312.

[7] M.S. Donaldson, K. Nolan, *Measuring the quality of health care: state of the art*, "Jt Comm J Qual Improv" 1997, 23(5), s. 283-292.

[8] R. Holly, *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, referat wygłoszony na konferencji Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, 7 października 2010.

[9] J. Łańcucki, *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003. s. 15.

[10] M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szkolnictwa, Warszawa 1996, s. 12.

[11] A. Donabedian, *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*,"Ann Arbor, MI, Health Administration Press" 1980: 1-164; S. Harrison, C. Pollitt, *Controlling Health Professional*, Open University Press, Buckingham 1994.

[12] J. Michalak, *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą, Bydgoszcz 2011, s. 170-172.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

infrastruktura lokalowa, sprzęt medyczny, specyfika struktury organizacyjnej. Proces to przyjęty sposób postępowania, który dotyczy relacji świadczeniodawca-świadczeniobiorca, personel-organizacja, organizacja-dostawca. Proces to także sposób funkcjonowania struktury według zdefiniowanych i narzuconych procedur, standardów czy wytycznych, to m.in. procedury wykonywania badań, przygotowania i przeprowadzania zabiegów, komunikowania się i upowszechniania decyzji. Standaryzacja świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie parametrów procedury medycznej, podnosi bezpieczeństwo procesu, lecz nie zawsze przekłada się na pozytywną ocenę świadczeniobiorcy[13]. Jakość wyniku natomiast łączy się ze wskaźnikami, takimi jak: śmiertelność, zachorowalność, powikłania i skutki uboczne, zmiany poziomu jakości życia, satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi[14]. Wynik można rozumieć dwojako: jako zrealizowanie świadczenia (*out put*) bądź jako efekt zdrowotny (*out come*). Hierarchię tych elementów można przedstawić w następujący sposób: jeśli mamy złą strukturę, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wykonać procesu ani uzyskać założonego (pożądanego) wyniku. Prawidłowa struktura nie gwarantuje jednak prawidłowego procesu. Natomiast prawidłowy proces powinien skutkować prawidłowym wynikiem. Jednak zrealizowanie konkretnego świadczenia nie jest jednoznaczne z prawidłowym efektem zdrowotnym[15]. Ze względu na złożoność analizy większość prac empirycznych koncentruje się na pojedynczych miarach struktur, procesów lub wynikach wybranych *a priori*[16].

Jak już wspomniano, analizę czynników determinujących jakość usług medycznych można przeprowadzić w oparciu o kryteria struktury, procesu i wyniku. Ponadto w literaturze spotkać można pojęcia *wskaźników* i *kryteriów* odnoszących się do określonych standardów. Mogą one mieć charakter mierników, norm wewnętrznych czy też wynikać z przyjętych założeń zewnętrznych. Wskaźnikiem nazywa się mierzalny element postępowania medycznego, wykorzystywany do oceny jakości, natomiast kryterium to taki wskaźnik opieki medycznej, którego istnienie można potwierdzić lub wykluczyć w każdym indywidualnym przypadku[17]. Wskaźniki jakości muszą uwzględniać potrzeby świadczeniobiorców, dostarczać odpowiednich informacji świadczeniodawcom, powinny być uniwersalne, aby możliwe było monitorowanie efektywności opieki zdrowotnej w kontekście krajowym i międzynarodowym[18].

[13] E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2013, s. 31.
[14] M.D. Głowacka, M. Sobkowski, R. Staszewski, *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie" 2005, s. 231; J. Michalak, *Metody i narzędzia zarządzania jakością na przykładzie opieki zdrowotnej*...
[15] J. Michalak, *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*…, s. 167.
[16] A.C. Tsai, J. Bridges, *Statistical and econometric Risk Adjustment methods for measuring the quality of hospitals*, "Journal of Health Policy, Insurance and Management", May 2011, nr VIII/I, s. 46.
[17] T. Tomasik, A. Windak, Z. Król, M. Jacobs, *Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, „Zdrowie i Zarządzanie" 2002, s. 39.
[18] T. Hermanowski, *Analiza wpływu sposobu finansowania świadczeń na efektywność i jakość opieki zdrowotnej – projekt InterQuality*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia na świecie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 293.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

W niniejszym rozdziale skupiono się na omówieniu kryteriów konsumenckiej oceny jakości i najczęściej wykorzystywanych standardów i wskaźników oceny jakości usług medycznych, scharakteryzowano zewnętrzny system oceny jakości usług świadczonych głównie przez szpitale i wskazano założenia projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów, która będzie stanowiła nowe „narzędzie" do oceny jakości w ochronie zdrowia.

1. Kryteria konsumenckiej oceny jakości usług

W literaturze przedmiotu zdefiniowanych jest wiele kryteriów konsumenckiej oceny jakości usług, które są zbiorem wyróżników subiektywnych i obiektywnych. Ich mnogość, subiektywizm definiowania i brak zgodności co do hierarchii ważności powoduje brak możliwości porównania jakości w poszczególnych badaniach.

J. Łańcucki wymienia „tylko" pięć kryteriów. Zasadniczo pokrywają się one z atrybutami zdefiniowanymi przez L.L. Berry'ego, A. Parasuramana i V. Zeithamla, R.S. Maxwella oraz K. Opolskiego, jednak w sposób odmienny są interpretowane. K. Opolski kryteria oceny jakości usług przeniósł do sfery jakości usług medycznych i zinterpretował je poprzez pryzmat potrzeb i oczekiwań pacjentów, poszerzając o kolejne cechy, w wyniku czego zdefiniował najwięcej wyróżników jakości. R.S. Maxwell przekonywał natomiast, iż jakość usług medycznych zależna jest „jedynie" od sześciu powiązanych ze sobą elementów. W tabeli nr 1 przedstawiono kryteria konsumenckiej oceny jakości usług w ujęciu ww. autorów, ze szczególnym uwzględnieniem usług medycznych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 1. Kryteria konsumenckiej oceny jakości usług, ze szczególnym uwzględnieniem usług medycznych

Wg J. Łańcuckiego	Wg L.L. Berry'ego, A. Parasuramana i V. Zeithamla	Wg R.S. Maxwella	Wg K. Opolskiego
	Bezpieczeństwo – brak narażania klientów na niebezpieczeństwo, ryzyko lub niepewność		**Bezpieczeństwo** – stan braku zagrożenia, stan spokoju i pewności. Podczas korzystania z usług klient oczekuje bezpieczeństwa psychicznego, fizycznego i ekonomicznego
Pewność – posiadanie umiejętności i wiedzy potrzebnej do wykonania usługi, grzeczność, szacunek i życzliwość, uczciwość, wzbudzanie zaufania, wolność od niebezpieczeństwa, ryzyka lub wątpliwości			
Zdolność reagowania – gotowość do zaspokojenia potrzeb klientów i terminowe realizowanie usługi	**Dostępność** – łatwość uzyskania usługi i brak problemów w kontaktowaniu się z usługodawcą (czas, miejsce)	**Dostępność** – łatwość, z jaką klient może otrzymać usługę w odpowiednim czasie	**Dostępność** – łatwość, z jaką klient może osiągnąć usługę, uwzględniając bariery kulturowe, finansowe, organizacyjne oraz emocjonalne
Solidność i niezawodność – zdolność realizacji usługi w sposób dokładny i niezawodny	**Niezawodność** – przekonanie, że usługa zostanie wykonana w sposób rzetelny, precyzyjny i wydajny	**Skuteczność** – osiągnięcie pożądanego wyniku końcowego	**Niezawodność** – dokładność, niezawodność, zgodność z oferowanymi usługami w deklarowanym standardzie, etyka oraz rzetelność
Empatia – realizacja wszelkich czynności zmierzających do poznania klienta i jego potrzeb, przekazywanie informacji zrozumiałych dla klienta, a także umiejętność utożsamiania się z nim	**Zrozumienie potrzeb klienta** – poświęcenie czasu, aby poznać i zrozumieć potrzeby klientów; zindywidualizowana uwaga na klienta		**Wrażliwość** – klienci oczekują, że pracownicy, którzy ich obsługują, będą mili, przepełnieni empatią, gotowi i chętni do pomocy w każdej chwili. Oczekują od nich opiekuńczości, delikatności i dyskrecji w rozwiązywaniu ich problemów

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Materialne komponenty procesu usługowego – rodzaj i charakter materialnych ułatwień dla klienta, np. wyposażenie, personel, środki transportu	**Atrybuty materialne** – wygląd budynków, personel świadczący usługi i komunikujący się z klientem; fizyczne udogodnienia		**Wygląd** – rozumiany jako profesjonalny wygląd zewnętrzny i wewnętrzny budynku, jak również wzbudzający zaufanie wygląd personelu (identyfikatory, czyste, odpowiednie fartuchy czy uniformy)
	Uprzejmość – grzeczność, życzliwość i szacunek okazywany klientom, przyjacielski stosunek		**Uprzejmość** – przyjazne nastawienie personelu do klienta, traktowanie go z należytym szacunkiem. Umiejętność słuchania i dobór właściwej formy przekazu jest w kontaktach tego typu szczególnie istotny
	Wiarygodność – uczciwość, zaufanie, szczerość		**Wiarygodność** – odpowiedzialna postawa wobec klientów, efektywne rozwiązywanie problemów, reagowanie na zgłaszane przez klientów uwagi oraz zachowanie jawności we wzajemnych relacjach. Klientom zależy, aby przestrzegano terminowości świadczonych usług, a dokumentacja odzwierciedlała faktycznie prowadzony proces
	Komunikatywność – przekazywanie klientom zrozumiałych komunikatów, wysłuchiwanie ich opinii		**Komunikatywność** – uświadomienie sobie, czego oczekuje od nas druga strona. Istnieje przekonanie, że instytucja i jej pracownicy będą komunikować się z klientem oraz między sobą używając jasnych i zrozumiałych sformułowań. Istotna jest właściwa współpraca między członkami zespołu terapeutycznego opiekującego się pacjentami, wymiana informacji między członkami zespołu i prowadzenie przez nich wspólnej dokumentacji. Świadczeniobiorcy oczekują, iż personel będzie informował ich nie tylko o sposobach wykonywanych usług, ale także o ryzyku, będzie dawał odpowiednie sugestie dotyczące wyboru metody leczenia

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

	Kompetencja – dysponowanie umiejętnościami i wiedzą niezbędną do świadczenia usługi		**Kompetencje** – oznaczają zespół nabytych cech, zdolności umożliwiających swobodne wykorzystanie fachowej wiedzy i umiejętności, osiągnięcie w oczach klienta profesjonalizmu
		Satysfakcja – poziom zadowolenia z uzyskanej usługi w stosunku do oczekiwań	**Satysfakcja –** stopień akceptacji przez klienta usługi przy uwzględnieniu jego potrzeb i oczekiwań
			Jakość kliniczna usługi medycznej – cecha rozumiana jako świadczenie usług zdrowotnych odpowiadających faktycznemu stanowi zdrowotnemu pacjentów, w sposób bezpieczny zarówno dla klienta zewnętrznego, jak i wewnętrznego, oraz kompetentny. Jest to jeden z najtrudniejszych do pomiaru rodzaj jakości
			Wdrożenie – świadczenie usług w bezpieczny i kompetentny sposób w odpowiednim czasie
	Odpowiedzialność/ Umiejętność reagowania na sytuacje nietypowe – gotowość pracowników do podejmowania działań w sytuacjach niestandardowych; świadomość konsekwencji podejmowanych działań	**Odpowiedzialność** –świadczenia medyczne oparte na aktualnej, rzetelnej wiedzy – EBM	**Odpowiedzialność** – świadomość konsekwencji podejmowanego działania, gotowość do poniesienia jego skutków. Klient ochrony zdrowia powinien mieć pewność, że za podejmowane działania i wynikające z nich ryzyko świadczeniodawca bierze pełną odpowiedzialność moralną, prawną i ekonomiczną
			Rozszerzony zakres usług – klienci oczekują, że wraz z pewnymi usługami uzyskają dodatkowe świadczenia
			Przejrzystość – zasada przejrzystości ułatwia opinii publicznej zrozumienie prowadzonej działalności, a lepsze zrozumienie czyni te działania bardziej wiarygodnymi i skutecznymi

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

			Zasadność – prawdopodobieństwo uzyskania korzyści przez pacjenta z otrzymanej usługi przewyższa prawdopodobieństwo wyrządzenia mu szkody w czasie realizacji usługi
		Ciągłość – koordynacja działań poszczególnych osób biorących udział w procesie udzielania usług	
		Wydajność – osiągnięcie maksimum efektów przy minimum wysiłku i kosztów	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Łańcucki, *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003, s. 15-17; M. Urbaniak, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Warszawa 2004, s. 27-28; K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka,* Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2005; B. Nogalski, J.M. Rybicki, *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów Studiów Podyplomowych*, Dom Organizatora, Toruń 2002, s. 123-126; S. Marczewska, *Risk elements in patient hospitalization depending on the level of provided nursing benefits*, [w:] M. Marczak (red.), *Risk management in health care system – methodology and chosen examples*, A series of Monographs Lodz 2008, s. 49-62; A. Parasuraman, V.A. Zeithaml, L.L. Berry, *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, "The Journal of Marketing" 1985, Vol. 49, No. 4, pp. 41-50;

Wymienione kryteria oceny jakości usług trudno uznać za uniwersalne, gdyż istnieje obszerne spektrum oferowanych usług, które należy uzupełniać o odmienne wyróżniki charakterystyczne dla poszczególnych rodzajów usług. Można jednak przyjąć, iż wymienione kryteria stanowią podstawę konsumenckiej oceny jakości usług, w tym usług medycznych, umożliwiają porównanie usługi oczekiwanej z usługą postrzeganą.

2. Standardy i wskaźniki oceny jakości usług medycznych

Na podstawie ustalonych wcześniej kryteriów tworzone są odpowiednio standardy oraz wskaźniki. Według M.D. Głowackiej i wsp. standardy jakości to określone wymagania (wzorce) stawiane jednostkom opieki zdrowotnej odnoszące się do wszystkich trzech kryteriów (struktury, procesu, wyniku) oceny jakości. Zgodnie z tym można wyróżnić: (1) standardy empiryczne – są przeciętną wartością średniej typowej, możliwie dobrej praktyki medycznej i (2) standardy normatywne – war-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

tości ustalone na podstawie fachowej literatury, opracowanej przez ekspertów oraz stowarzyszenia specjalistyczne[19].

Standardy kliniczne stanowią usystematyzowany, przekrojowy plan opieki, zaprojektowany w celu wspierania procesu wdrożenia standardów i protokołów badania, pozwalających na kontrolę każdego poziomu zarządzania pacjentem z danym schorzeniem, dzięki określeniu szczegółów leczenia i jego rezultatów. Mają za zadanie poprawę ciągłości i koordynacji opieki oraz umożliwienie bardziej efektywnego planowania zasobów, jak również dostarczenie porównywalnych danych na temat wielu aspektów jakości opieki[20]. Słownik wyrazów obcych definiuje standard jako przeciętną normę, przeciętny typ, model, wyrób odpowiadający określonym wymogom, wzorzec[21]. Standard to wskaźnik ustanowiony przez władze jako wzorzec pomiaru ilości lub jakości. Standardy mogą być definiowane pod względem rzeczywistych lub przewidywalnych wyników opieki, działania lub kwalifikacji personelu, zarządzania i administrowania obiektami i programami. Standard jest punktem odniesienia dla porównywania bieżących działań oraz wyznaczania kierunków wprowadzonych zmian[22]. Ministerstwo Zdrowia w Polsce przyjmuje, że standardy to parametry procesów i struktury w zakresie leczenia i diagnostyki określone do celów monitorowania i oceny jakości oraz rozliczania jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych[23].

Według K. Łandy standardy w opiece zdrowotnej można podzielić na następujące grupy:

- ✓ **porównawcze**, czyli takie, które pozwalają na porównania czasowe dla tego samego wskaźnika w ocenie działania tej samej organizacji. Porównawcze zewnętrzne dotyczą tego samego wskaźnika w obrębie kilku populacji pacjentów lub usługodawców,
- ✓ **nakazowe**, wyznaczające pewien dolny próg, którego nie wolno przekroczyć. Mogą pochodzić z losowej próby progowej lub mogą być tworzone teoretycznie,
- ✓ **standardy świadczeń medycznych** – opis warunków, w których powinny być wykonywane świadczenia medyczne. Wyznaczającym je najczęściej jest płatnik usługi lub podpisujący kontrakt na jej świadczenie,
- ✓ **standardy postępowania medycznego** (klinicznego) – są nimi opisy postępowania (algorytmy) skierowane tak do lekarzy, jak i pacjentów. Standaryzującym jest środowisko medyczne lub naukowe[24].

---

[19] M.D. Głowacka, M. Sobkowski, R. Staszewski, *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie" 2005, nr 74(2), s. 230-231.

[20] R. Boaden, *Doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej*, [w:] K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 568.

[21] *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1997, s. 1036.

[22] C.W. Włodarczyk, S. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie – poradnik dla samorządowców*, Vesalius, Kraków 2011, s. 153.

[23] Projekt ustawy z dnia 5.07.2011 *o jakości w ochronie zdrowia*, www.rynekzdrowia.pl [dostęp: 30.10.2013].

[24] K. Łanda, *Wytyczne i standardy kliniczne – aktualna wiedza medyczna*, Materiały konferencyjne Czwartej Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej", Kraków, 22-23 kwietnia 1999.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

A. Donabedian do sformułowania kryteriów i standardów zaproponował cztery etapy:

1. **Określenie pola badań** – zdefiniowanie tego, co kryteria i standardy mają oceniać;
2. **Wybór ekspertów i metod pracy** – osoby, które sformułują kryteria i standardy, powinny być uznanymi autorytetami w dziedzinie, która ma podlegać standaryzacji, ale także powinny reprezentować najważniejszych interesariuszy w danym obszarze. Kryteria i standardy powinny być uzgodnione w drodze dobrowolnego i rzeczywistego konsensusu;
3. **Wybór przedmiotu**, do którego będą się odnosiły kryteria i standardy – przedmiotem tym może być jeden lub kilka aspektów choroby, stan pacjenta, procedura medyczna, metoda prewencyjna, terapeutyczna, rehabilitacyjna czy administracyjna;
4. **Specyfikacja kryteriów i standardów** – jest to zasadniczy etap, który polega na:

a. stworzeniu jednego wykazu kryteriów i standardów na postawie informacji od ekspertów i analizy literatury naukowej,

b. określeniu przez ekspertów rankingu na tym wykazie według ważności kryterium i standardu dla dobrej opieki i osiągania jak najlepszych wyników (możliwy też jest dodatkowy ranking według możliwości ich operacjonalizacji),

c. ograniczeniu liczby kryteriów i standardów do tych, które uznano za najważniejsze (np. więcej niż 75% ekspertów oceniło daną pozycję na liście na poziomie 80 lub więcej na skali 0-100 i jednocześnie nie więcej niż 15% oceniło ją na poziomie 20 lub mniej),

d. dodaniu do każdej pozycji wag obrazujących ich ważność na skali,

e. określeniu standardów dla każdego z kryteriów (np. 90% przypadków powinno przejść daną procedurę; umieralność roczna nie powinna przekroczyć 0,05%),

f. pilotażowym przetestowaniu wybranych kryteriów i standardów w celu sprawdzenia możliwości ich realizacji, kosztów realizacji, rzetelności, dokładności itp.,

g. aktualizacji i dostosowaniu kryteriów i standardów do zmiany wynikających z rozwoju wiedzy naukowej oraz zmieniających się warunków społecznych[25].

Przykładowe standardy przedstawione zostały poniżej:

- ✓ średni czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala poniżej.....minut,
- ✓ absencja personelu poniżej .....%,
- ✓ stopień wykorzystania aparatury medycznej min. w .....%,
- ✓ stopień zakażeń wewnątrzszpitalnych poniżej....%,
- ✓ ...% bezbłędnych wpisów do historii choroby[26].

Standaryzacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego staje się coraz bardziej powszechna ze względu na możliwości wyeliminowania błędów wynikających z postaw niedoinformowania personelu medycznego. Jest to także droga do zmniejszenia odpowiedzialności prawnej za ewentualne błędy w sztuce, ponieważ udowodnienie, że proces leczenia przebiegał według rekomendacji w sposób istot-

[25] A. Donabedian, *An Introduction to Quality Assurance in Health Car*e, Oxford University Press, 2003, s. 72-76.

[26] Za: M.D. Głowacka, M. Sobkowski, R. Staszewski, *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie" 2005, nr 74(2), s. 30-31.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

ny, zmniejsza odpowiedzialność za niepowodzenia[27]. Wprowadzenie wytycznych i standardów ma przede wszystkim na celu: usprawnienie korzystania z aktualnej wiedzy medycznej, wspomaganie procesu podejmowania decyzji przez personel medyczny, zabezpieczenie personelu przed prawnymi skutkami błędów, zoptymalizowanie kosztów świadczeń zdrowotnych i przede wszystkim poprawę jakości świadczonych usług medycznych[28].

Zgodnie z definicją przyjętą w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej **wskaźniki jakościowe** to *parametry wyników leczenia i diagnostyki określane do celów monitorowania jakości świadczeń*[29]. Wskaźnik jakości definiowany jest również jako *ilościowa miara tego, w jakim stopniu zalecany standard jest realizowany (jest miarą realizacji zalecanego standardu)*. Wskaźniki jakości w opiece zdrowotnej przedstawiono w tabeli nr 2.

Tabela 2. Wskaźniki jakości w opiece zdrowotnej

Nazwa wskaźnika	Definicja
wskaźniki minimum	→ określają bezwzględne minimum, jakie dany podmiot leczniczy musi spełnić, aby zapewnić wysoką jakość opieki – wskaźniki te powinny być realizowane w 100%
wskaźniki maksimum	→ określają pożądany poziom realizacji wygórowanych standardów, które nie muszą być spełniane w 100%
wskaźniki zdarzeń pożądanych	→ dotyczą zdarzeń oczekiwanych; może to być np. odsetek pacjentek z przeżyciem 5-letnim po amputacji piersi z powodu raka piersi
wskaźniki zdarzeń niepożądanych	→ dotyczące zdarzeń, które nie powinny mieć miejsca w podmiocie realizującym wysoki poziom jakości usług
wskaźniki strażnicze	→ dotyczą zdarzeń niebezpiecznych, związanych z pewnymi zaniedbaniami lub rodzące poważne skutki, których można i należy unikać, np. odsetek pacjentów zmarłych w wyniku omyłkowego podania leku (0%)

Źródło: opracowanie własne na postawie M.D. Głowacka, M. Sobkowski, R. Staszewski, *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie" 2005, nr 74(2), s. 230-231.

Wskaźniki jakości są opracowywane przez Komisję do Spraw Akredytacji – JCAHO, a także są/powinny być tworzone przez wewnętrzne zespoły do spraw jakości na we-

[27] M. Dobska, *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013, s. 218.
[28] K. Łanda, *Wytyczne i standardy kliniczne – aktualna wiedza medyczna*, Materiały konferencyjne Czwartej Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej", Kraków, 22-23 kwietnia 1999.
[29] Projekt ustawy z dnia 5.07.2011 *o jakości w ochronie zdrowia*.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wnętrzny użytek podmiotu leczniczego. Wytyczne i standardy postępowania są podstawowymi narzędziami organizacyjnymi w działalności placówek medycznych, praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej oraz pracy personelu administracyjnego. Pojęć tych używa się często zamiennie, choć nie są synonimami. Narzędzia te wykazują wiele podobieństw, mają też zbliżone cele, jednak różnią się ze względu na prawne aspekty ich stosowania[30]. Wytyczne nie wynikają z przepisów, nie istnieje też obowiązek ich bezwzględnego realizowania. Są to rekomendacje ułatwiające podejmowanie decyzji i przyjmuje się, że powinny regulować proces diagnozy i/lub leczenia u 60-95% pacjentów[31].

3. Akredytacja – zewnętrzna ocena jakości opieki zdrowotnej w podmiotach leczniczych

Akredytacja (łac. *credo* – wierzę) w sensie dosłownym oznacza zawierzenie podmiotowi leczniczemu, uznanie, że jak najlepiej wypełnia swoje funkcje wobec świadczeniobiorców. *Akredytacja* według CMJ to „zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytację, wydaje stosowne świadectwo"[32]. Cechą charakterystyczną akredytacji jest to, iż oceny dokonują specjaliści w danej dziedzinie. Hospitacji dokonuje komisja akredytacyjna, która skupia się na kompleksowej i wiarygodnej ocenie działalności placówki. Istotą oceny jest poziom zgodności stanu faktycznego ze standardami, jakie podmiot leczniczy winien spełniać[33]. Dla procesu akredytacji zasadnicze znaczenie mają właśnie standardy, posiadające charakter dynamiczny i podlegające okresowej modyfikacji. Dzięki temu spełnione jest założenie akredytacji polegające na stałym stymulowaniu do osiągania poziomu optimum, jaki wyznaczają standardy akredytacyjne. Każdorazowo wymogi standardów muszą być na poziomie możliwie wysokim, a przy tym jednak realnie osiągalnym[34].

Pierwszy Program Akredytacji Szpitali został przygotowany przez CMJ w 1998 roku i obowiązywał do roku 2008. Dokument opisywał 209 standardów zebranych w 15 grupach. Każda grupa regulowała zasady postępowania w danym obszarze funkcjonowania szpitala. Szczególną uwagę poświęcono zasadom sporządzania do-

[30] D.R. Hajdukiewicz, *Rola wytycznych i standardów postępowania w praktyce lekarskiej – różnice, wady i zalety obu rozwiązań*, 8. Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Kraków 9-11 kwietnia 2003, s. 53-58.

[31] K. Łanda, K.G. Nogas, M. Płazak, *Medycyna wiarygodna i racjonalizacja finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Antidotum" 2002, nr 11, s. 36-37.

[32] Program akredytacji szpitali, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998, s. 114.

[33] R. Niżankowki, *Początek akredytacji polskich szpitali*, „Zdrowie i Zarządzanie" 1999, t. I, nr 3, s. 35.

[34] www.cmj.org.pl [dostęp: 6.04.2017].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

kumentacji medycznej, obiegowi informacji w szpitalu, a także warunkom i organizacji pracy personelu medycznego.

Według wstępnych założeń akredytacja miała opierać się na koncepcji *maksimum*, co oznaczało, iż standardy zostały zdefiniowane w taki sposób, aby ich osiągnięcie wymagało od podmiotu leczniczego znacznego wysiłku i pracy. Kilkuletnia działalność pokazała jednak, iż niektóre standardy nie wnoszą istotnego wkładu w poprawę jakości, ponieważ stanowią powielenie obowiązujących przepisów prawnych[35]. Podstawą zdefiniowania nowych standardów były także problemy rozpoznane we wstępnej fazie oceny Programu Akredytacji Szpitali, konsultacji z instytucjami, szkoleń kadry medycznej i zarządzającej oraz przeprowadzonych wizytacji szpitali.

W dniu 18 stycznia 2010 r. Resort Zdrowia ogłosił standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. W opracowaniu nowego Zestawu Standardów współpracowali przedstawiciele: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Szkoła Zdrowia Publicznego CM UJ. Standardy zostały ustalane w dziedzinach mających istotny wpływ na jakość świadczonej opieki medycznej; dotyczą następujących dziedzin: (1) Ciągłość opieki, (2) Prawa pacjenta, (3) Ocena stanu pacjenta, (4) Opieka nad pacjentem, (5) Kontrola zakażeń, (6) Zabiegi i znieczulenia, (7) Farmakoterapia, (8) Laboratorium, (9) Diagnostyka obrazowa, (10) Odżywianie, (11) Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta, (12) Zarządzanie ogólne, (13) Zarządzanie zasobami ludzkimi, (14) Zarządzanie informacją, (15) Zarządzanie środowiskiem opieki[36]. Standardy posiadają kod i nazwę, w niektórych przypadkach także wyjaśnienie, czego dotyczą. Do każdego standardu przypisana jest forma sprawdzenia jego realizacji oraz punktacja. Standardy mają charakter dwu- lub trójstopniowy, co oznacza, że szpital może uzyskać 5 punktów w przypadku, gdy całkowicie spełnia standard, 3 punkty w sytuacji częściowo realizowanego standardu, 1 punkt, gdy go nie realizuje.

Uchwalona w 2008 roku ustawa *o akredytacji w ochronie zdrowia* porządkuje regulacje prawne dotyczące przyznawania akredytacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Według ustawy celem akredytacji jest potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu. Nadal najważniejszą kwestią w procesie akredytacji są standardy akredytacyjne, które opracowuje ośrodek akredytacyjny – jednostka podległa Ministrowi Zdrowia. Działalność ośrodka akredytacyjnego

[35] M. Kautsch, R. Lewandowski, *System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Społeczna" 2009, nr 3, s. 12.

[36] E. Dudzik-Urbaniak i wsp., *Zestaw standardów akredytacyjnych – szpitale*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009, wydanie wznowione w 2016 r.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

pełni Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Ustawa powołuje Radę Akredytacyjną, która zatwierdza opracowane przez ośrodek akredytacyjny standardy akredytacyjne, następnie rekomenduje je Ministrowi Zdrowia w celu ich zatwierdzenia. Dopiero po akceptacji Ministra Zdrowia standardy są publikowane w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia.

W celu uzyskania akredytacji podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany wystąpić do Ministra Zdrowia, za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego, z wnioskiem o udzielenie akredytacji. Podmiot zostaje poddany procedurze oceniającej pod względem spełniania standardów akredytacyjnych. Akredytacji udziela Minister Zdrowia na podstawie pozytywnej rekomendacji Rady. Rekomendację wydaje się w formie uchwały podejmowanej większością 2/3 głosów w obecności co najmniej połowy składu Rady. W przypadku odmowy udzielenia akredytacji, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może odwołać się do Ministra Zdrowia. Po rozpatrzeniu sprzeciwu Minister Zdrowia udziela akredytacji, jeżeli uzna sprzeciw za zasadny, albo odmawia jej udzielenia. Należy podkreślić, iż odmowa udzielenia akredytacji jest ostateczna.

Akredytacji udziela się na okres 3 lat. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych składający wniosek o akredytację ponosi opłatę za przeprowadzenie procedury oceniającej. Opłata nie może przekraczać piętnastokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Działalność Rady jest finansowana z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Na uwagę zasługują systemy oceny i nadzoru nad jakością opieki zdrowotnej w krajach Europy Zachodniej, gdyż są systemami znacznie dojrzalszymi w porównaniu do systemu akredytacji w Polsce. Francja posiada dużą, centralną agencję rządową do spraw i ewaluacji opieki zdrowotnej – ANAES, która zajmuje się nie tylko procesem akredytacji, ale również wyznacza standardy praktyki klinicznej. W Wielkiej Brytanii funkcjonują najstarsze w Europie programy akredytacyjne, i w odróżnieniu od Polski, istnieje kilka ośrodków zajmujących się problematyką jakości. Holandia posiada biuro zajmujące się problematyką jakości – CBO, które rozwinęło także program akredytacji. Akredytację w Danii przyznaje amerykańskie JCAHO, które, jak wspomniano wcześniej, stanowi największą i najważniejszą organizację udzielającą akredytacji jednostkom opieki zdrowotnej[37].

Jednak w opinii ekspertów akredytacja *jest mechanizmem niedostatecznym dla osiągania zdecydowanej poprawy jakości świadczeń*[38], stanowi jednak dobre „narzędzie" do oceny jakości świadczonych usług.

[37] R. Niżankowski, *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, „Zdrowie i Zarządzanie" 2003, tom V, nr 6, s. 16.

[38] S. Golinowska (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2012, s. 184.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

4. Założenia do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta

19 lutego 2017 r. zakończyły się konsultacje publiczne do założeń projektu ustawy *o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta*[39]. Projekt nie budzi tak wiele emocji jak tzw. *ustawa o sieci szpitali*, jednak jest projektem niezwykle potrzebnym w systemie opieki zdrowotnej, wyczekiwanym zarówno przez środowisko świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców.

Autorzy projektu podkreślają, iż regulacja wpłynie na zachowanie i poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Korzyści dla obywateli obejmują m.in. poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz poprawę jakości udzielanych świadczeń, jak również ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności, związanych z ograniczeniem występowania zdarzeń niepożądanych. Projekt zakłada m.in.:

- określenie minimalnych wymagań jakościowych dla podmiotów korzystających z finansowania publicznego poprzez wprowadzenie systemu autoryzacji;
- wprowadzenie instrumentów redukujących występowanie zdarzeń niepożądanych w podmiotach leczniczych poprzez wprowadzenie systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych;
- obligatoryjne prowadzenie przez pomioty lecznicze wewnętrznych systemów monitorowania jakości i bezpieczeństwa, których celem jest ograniczanie kosztów niedostatecznej jakości;
- wprowadzenie systemu monitorowania klinicznych wskaźników jakości oraz prowadzenie rejestrów medycznych, publikacja wskaźników jakości osiąganych przez poszczególne podmioty z możliwością porównywania, które wpłynie na poprawę skuteczności leczenia;
- zwiększenie znaczenia systemu akredytacji w ochronie zdrowia;
- powołanie Agencji do Spraw Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta;
- wprowadzenie motywacji finansowej dla podmiotów zapewniających najwyższy poziom jakości udzielanych świadczeń (finansowanych ze środków publicznych).

Ustawodawca nie przewiduje zmian w aktualnym stanie prawnym z wyjątkiem zastąpienia ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o akredytacji w ochronie zdrowia* projektowaną ustawą. W kontekście narzędzi do oceny jakości projektowane zmiany będą więc dotyczyły zasad wprowadzenia obligatoryjnej wewnętrznej oceny jakości wszystkich podmiotów leczniczych posiadających kontrakt z publicznym płatnikiem oraz fakultatywnej zewnętrznej oceny jakości podmiotów leczniczych prowadzonej przez niezależnych ekspertów.

[39] *Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017 – projekt w trakcie prac nad stanowiskami zgłoszonymi w ramach konsultacji publicznych [data aktualizacji 17.04.2017].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Bibliografia

Boaden R., *Doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej*, [w:] K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

Dobska M., *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.

Donabedian A., *An Introduction to Quality Assurance in Health Car*e, Oxford University Press, 2003.

Donabedian A., *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980.

Donaldson M.S., Nolan K., *Measuring the quality of health care: state of the art*, Jt Comm J Qual Improv 1997, 23(5).

Dudzik-Urbaniak E. i wsp., *Zestaw standardów akredytacyjnych – szpitale*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Kraków 2009, wydanie wznowione 2016.

Głowacka M.D., Sobkowski M., Staszewski R., *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie" 2005, nr 74(2).

Golinowska S. (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2012.

Hajdukiewicz D.R., *Rola wytycznych i standardów postępowania w praktyce lekarskiej – różnice, wady i zalety obu rozwiązań*, 8. Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Kraków 9-11 kwietnia 2003.

Harrison S., Pollitt C., *Controlling Health Professional*, Open University Press, Buckingham 1994.

Hermanowski T., *Analiza wpływu sposobu finansowania świadczeń na efektywność i jakość opieki zdrowotnej – projekt InterQuality*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia na świecie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2013.

Holly R., *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, referat wygłoszony na konferencji Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, 7 października 2010.

Kautsch M., Lewandowski R., *System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Społeczna" 2009, nr 3.

Łanda K., Nogas K.G., Płazak M., *Medycyna wiarygodna i racjonalizacja finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Antidotum" 2002, nr 11.

Łanda K., *Wytyczne i standardy kliniczne – aktualna wiedza medyczna*, Materiały konferencyjne Czwartej Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej", Kraków, 22-23 kwietnia 1999.

Łańcucki J., *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Marczewska S., *Risk elements in patient hospitalization depending on the level of provided nursing benefits*, [w:] M. Marczak (red.), *Risk management in health care system – methodology and chosen examples*, A series of Monographs Lodz 2008.

Michalak J., *Legal conditions and determinants of Quality in the Polish Healthcare System,* [w:] I. Rudawska (red.), *Challenges for Healthcare reform in Europe*, 2011.

Michalak J., *Metody i narzędzia zarządzania jakością na przykładzie opieki zdrowotnej*, referat wygłoszony na seminarium naukowym, 9.03.2011, Łódź.

Michalak J., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą, Bydgoszcz 2011.

Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A., *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szkolnictwa, Warszawa 1996.

Niżankowki R., *Początek akredytacji polskich szpitali*, „Zdrowie i Zarządzanie" 1999, t. I, nr 3.

Niżankowski R., *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, „Zdrowie i Zarządzanie" 2003, tom V, nr 6.

Nogalski B., Rybicki J.M., *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów Studiów Podyplomowych*, Dom Organizatora, Toruń 2002.

Norma PN-ISO 8402:1996.

Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2005.

Parasuraman A., Zeithaml V.A, Berry L.L, *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, "The Journal of Marketing" 1985, Vol. 49, No. 4.

Program akredytacji szpitali, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998.

Projekt *ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017.

Projekt ustawy z dnia 5.07.2011 *o jakości w ochronie zdrowia*.

Rogoziński K., *Jakość usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2000.

Słownik wyrazów obcych, PWN, Warszawa 1997.

Tomasik T., Windak A., Król Z., Jacobs M., *Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, „Zdrowie i Zarządzanie" 2002.

Tsai A.C., Bridges J., *Statistical and econometric Risk Adjustment methods for measuring the quality of hospitals*, "Journal of Health Policy, Insurance and Management", May 2011, nr VIII/I.

Urbaniak M., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Warszawa 2004.

Whitfield M., Surowiec M., Kautsch M., *Zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotne*j, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

WHO Working Group. *Quality Ace In Health Care*. 1989 r. I-79-95.

Włodarczyk C.W., Sitko S., *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie – poradnik dla samorządowców*, Vesalius, Kraków 2011.

www.cmj.org.pl

Evaluating the quality of medical services

Abstract
As the elements that make up the quality of service are highly diverse and complex, an unequivocal acceptance of the tools and methods of assessment should adopted only with extreme caution. It is extremely important to specify the key criteria / specifications / standards for evaluating the quality of service. The purpose of this paper is to present a criterion for consumer quality assessment, discuss the most commonly-used standards and indicators for assessing the quality of medical services, to characterize the system of external quality assessment of services – an accreditation and indication of the assumptions underlying the draft laws concerning quality in patient health and safety, which will serve as the new "tools" for quality assessment in healthcare.

Keywords: quality, medical services, evaluation of service quality, standard, accreditation, patient safety

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Ewa Popławska[1]

Wybrane aspekty wdrożenia systemu zarządzania jakością według normy PN-EN ISO 9001:2015 w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem specyfiki usług medycznych

Streszczenie
W opracowaniu przedstawiono wybrane zagadnienia wdrożenia nowej normy PN-EN ISO 9001:2015, skupiając uwagę na zasadniczych zmianach związanych z określeniem kontekstu organizacji oraz stron zainteresowanych. Omawiane zagadnienia dotyczyły interpretacji ujętych w normie wymagań w odniesieniu do podmiotów leczniczych z uwzględnieniem specyfiki usług medycznych. Przedstawiona została autorska analiza kontekstu organizacji oraz stron zainteresowanych dla podmiotu leczniczego.

Słowa kluczowe: jakość, usługi medyczne, norma PN-EN ISO 9001:2015, kontekst organizacji, strony zainteresowane

Wstęp

Tematyka jakości usług medycznych jest zagadnieniem bardzo obszernym i niejednokrotnie poruszanym ze względu na jej znaczenie w zapewnieniu zachowania zdrowia ludzkiego. Wraz z postępem w zakresie rozwoju technologii medycznych oraz ciągłym doskonaleniem kompetencji personelu medycznego znacznie wydłuża się życie człowieka. Ludzie jako potencjalni klienci podmiotu leczniczego[2] posiadają pewne wyobrażenie na temat jakości usług medycznych. Jest ono zazwyczaj subiektywne, nabyte poprzez doświadczenie z pobytów w szpitalach i wynikające z posiadanej wiedzy medycznej z różnych źródeł.

Wraz ze wzrostem świadomości pacjentów rosną ich oczekiwania w stosunku do placówek medycznych i osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Pacjenci nie mają zaufania do instytucji medycznych, w których traktuje się ich przedmiotowo. Aby zapobiec takim sytuacjom, wielu menedżerów wprowadza w swoich jednostkach mechanizmy podnoszące jakość świadczeń i dbałość o dobro pacjenta[3]. Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi poszukuje skutecznych źródeł przewagi konkurencyjnej

[1] Dr n. ekon.; Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu Wydział Zamiejscowy w Chorzowie.
[2] Podmiot leczniczy definiowany jest w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2016, nr 0, poz. 1638) jako podmiot wykonujący działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
[3] T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 149.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

w świadczeniu usług medycznych o najwyższej, możliwej do uzyskania w obecnych czasach jakości. Na zapewnienie odpowiedniej jakości usług medycznych wpływa wiele czynników, jednakże najważniejszymi są kwalifikacje personelu medycznego, posiadanie wysokospecjalistycznych urządzeń medycznych oraz standaryzacja usług.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie podejścia naukowego oraz praktycznego do zmian, jakie zachodzą w nauce o zarządzaniu, obejmujące zagadnienia związane z rozwojem zarządzania jakością. Zasadność wyboru tematu jest podyktowana przede wszystkim niewielką ilością naukowych doniesień obejmujących swoim zakresem zmiany w normalizacji systemów zarządzania jakością, w tym w obszarze zarządzania jakością w sektorze ochrony zdrowia.

Specyfika usług medycznych powiązana z niematerialną usługą stwarza wiele dylematów w praktycznym zastosowaniu dostępnych form obiektywnej oceny poziomu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Rynek usług medycznych rządzący się prawami popytu i podaży wykreował kilka mechanizmów zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych. Jednym ze skutecznych narzędzi wykorzystywanych przez menedżerów podmiotów leczniczych jest uzyskanie certyfikatu zgodności postępowania w zakresie systemu zarządzania jakością z wykorzystaniem wymagań zawartych w normach ISO. Zapotrzebowanie na certyfikację systemów zarządzania jakością w podmiotach leczniczych wzrastało wraz z przeprowadzanymi reformami w ochronie zdrowia oraz zmianami sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych. Utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia pociągnęło za sobą ogłaszanie konkursów ofert na świadczenia zdrowotne, które zawierały kryteria oceny oferenta. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 3/2014/DSOZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[4] określało zapisy dotyczące kryterium jakości w formie zewnętrznej oceny potwierdzonej certyfikatem, który jest wydawany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania, posiadającą akredytację w zakresie sektora branży medycznej (branża „zdrowie i opieka społeczna" z kodem 38 EA), który jest opatrzony symbolem jednostki akredytacyjnej. Kolejne zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia obejmowały przy ocenie podmiotu leczniczego także kryterium jakości potwierdzone certyfikatem. Najbardziej popularnym i branym pod uwagę był i jest certyfikat potwierdzający spełnienie wymagań normy PN-EN ISO 9001:2009[5].

Normy serii ISO 9001 historycznie ewaluowały ze względu na zmieniające się warunki otoczenia oraz zmiany w nauce o zarządzaniu. Podobnie jak przepisy prawne normy podlegają okresowej aktualizacji. W związku z tym norma PN-EN ISO 9001:2009 została poddana weryfikacji oraz wprowadzono w niej zmiany, które zosta-

[4] Zarządzenie Prezesa NFZ nr 3/2014/DSOZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, s. 1, załącznik nr 5. Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dostępne są na stronie internetowej www.nfz.gov.pl.

[5] PN-EN ISO 9001:2009, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, PKN, Warszawa 2009.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

ną opisane w dalszej części niniejszego opracowania. Certyfikaty wydane na zgodność z normą PN-EN ISO 9001:2009 utracą swoją ważność po 3 latach od wprowadzenia nowej normy PN-EN ISO 9001:2015[6]. Przyjęcie do stosowania nowej normy przez Polski Komitet Normalizacyjny nastąpiło w 2015 r., jednakże polski tekst normy ukazał się dopiero 6 lipca 2016 r. Polskie Centrum Akredytacji jako jednostka akredytująca jednostki certyfikujące, które posiadają nadane w formie akredytacji uprawnienia do certyfikacji podmiotów leczniczych, opublikowało dokument IAF „Wytyczne dotyczące planowania przejścia na ISO 9001:2015"[7]. W wymienionym dokumencie wskazano, że organizacje posiadające certyfikaty wydane na zgodność z normą PN-EN ISO 9001:2009 do września 2018 r. będą zobowiązane dostosować system zarządzania jakością do wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015. Organizacjom stosującym ISO 9001:2008 zaleca się podjęcie następujących działań[8]:

- identyfikację różnic organizacyjnych, które należy uwzględnić w celu spełniania nowych wymagań;
- opracowanie planu wdrożenia;
- zapewnienie właściwego szkolenia i świadomości wszystkich stron, które mają wpływ na skuteczność organizacji;
- aktualizację obecnego systemu zarządzania jakością w celu spełnienia zmienionych wymagań i zapewnienia weryfikacji jego skuteczności;
- jeśli ma to zastosowanie, nawiązanie kontaktu z ich jednostką certyfikującą w celu przygotowania przejścia.

Wymienione powyżej działania mają charakter bardzo ogólny i wyznaczają jedynie kolejne kroki w celu wdrożenia nowego przedsięwzięcia związanego z przygotowaniem do certyfikacji na nową normę systemu zarządzania jakością.

Od zarządzającego podmiotem leczniczym zależy decyzja, czy cały proces związany z wdrożeniem nowej normy PN-EN ISO 9001:2015 w organizacji nastąpi samodzielnie czy też przy pomocy dostawcy usługi doradczej. Niezależnie jednak od tej decyzji konieczne jest uczestnictwo osoby odpowiedzialnej za funkcjonowanie systemu zarządzania jakością w specjalistycznym szkoleniu dotyczącym interpretacji wymagań zawartych w normie PN-EN ISO 9001:2015, z uwzględnieniem specyfiki usług medycznych. Norma ta stanowi wymagania dla systemu zarządzania jakością dla każdej organizacji, niezależnie od charakteru świadczonych usług czy produkowanych wyrobów, jak i też jej wielkości i złożoności procesów. Stąd wynika podstawowa trudność, w jaki sposób te wymagania powiązać z usługą medyczną.

Wraz z ukazaniem się normy PN-EN ISO 9001:2015 Polski Komitet Normalizacyjny opublikował normę PN-EN ISO 9000:2015[9], w której podane są definicje pojęć

[6] PN-EN ISO 9001:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, PKN, Warszawa 2016.
[7] IAF ID 9:2015, *Wytyczne dotyczące planowania przejścia na ISO 9001:2015*, wydanie I, Warszawa 2015.
[8] Ibidem, s. 6.
[9] PN-EN ISO 9000:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia*, PKN, Warszawa 2016.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

mających zastosowanie w systemie zarządzania jakością według normy PN-EN ISO 9001:2015. Wyjaśnione zostały ponadto ogólne podstawy stanowiące podwaliny do zrozumienia wymagań systemu zarządzania jakością. Nowe definicje zostaną przytoczone przy omawianiu wybranych aspektów wdrożenia normy PN-EN ISO 9001:2015.

1. Kontekst organizacji

Każda organizacja działa w pewnym otoczeniu biznesowym, na które składają się różne elementy warunkujące osiąganie założonych przez nią celów strategicznych. Strategia organizacji zawieszona w otoczeniu biznesowym podlega okresowym modyfikacjom wynikającym ze zmian w tym otoczeniu. Kluczową zmianą w stosunku do poprzedniego wydania normy systemu zarzadzania jakością jest pojawienie się w normie PN-EN ISO 9001:2015 wymagania dotyczącego zrozumienia organizacji i jej kontekstu.

Organizacja powinna określić czynniki zewnętrzne i wewnętrzne istotne dla celu i strategicznego kierunku jej działania oraz takie, które wpływają na zdolność organizacji do osiągnięcia zamierzonego wyniku (wyników) systemu zarządzania jakością. Organizacja powinna monitorować i przeglądać informacje dotyczące tych zewnętrznych i wewnętrznych czynników[10]. Kontekst organizacji został zdefiniowany jako kombinacja czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które mogą wpływać na podejście organizacji do ustalania i osiągania swoich celów[11]. Zrozumienie kontekstu organizacji jest procesem. W jego wyniku zostają określone czynniki, które wpływają na sens istnienia organizacji, cele i zdolność do zrównoważonego rozwoju. W procesie uwzględnia się czynniki wewnętrzne, takie jak wartości, kultura, wiedza i efekty działania organizacji, oraz czynniki zewnętrzne, takie jak otoczenie prawne, technologiczne, konkurencyjne, rynkowe, kulturowe, społeczne i ekonomiczne[12]. Nie ma wprost określonego wymagania dotyczącego formy dokumentowania określonych dla organizacji kluczowych czynników wewnętrznych i zewnętrznych składających się na jej kontekst. Staje się to jednak niezbędne ze względu na konieczność monitorowania informacji dotyczących aktualności tychże czynników i zmian w kontekście wynikających z różnorodnych aspektów wpływających na funkcjonowanie organizacji w otoczeniu biznesowym. Decyzję o tym, w jaki sposób dokumentować kontekst organizacji i czy w ogóle go dokumentować, podejmuje zarządzający podmiotem leczniczym. Zdaniem autorki dokumentowanie kontekstu organizacji jest niezbędne ze względu na fakt, że w trakcie przeglądu zarządzania jakością przy stopniach funkcjonowania i doskonalenia systemu należy dokonać oceny zmian czynników wewnętrznych i zewnętrznych istotnych dla tego systemu[13].

[10] PN-EN ISO 9001:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania…*, s. 10.
[11] PN-EN ISO 9000:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia…*, s. 16.
[12] Ibidem, s. 6.
[13] PN-EN ISO 9001:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania…*, s. 27.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Z doświadczeń autorki jako auditora wiodącego jednostki certyfikującej poddającej certyfikacji podmioty lecznicze na zgodność z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015 wynika, że najczęściej kontekst organizacji, w tym czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, opisane są w księdze jakości. Widoczny jest w tym zakresie potencjał do doskonalenia systemu zarządzania jakością w definiowaniu kontekstu organizacji, w tym przypadku podmiotu leczniczego, aby w jednoznaczny sposób wykazać, jak organizacja w systemie zarządzania jakością reaguje na zmiany w otoczeniu biznesowym, uwzględniając specyfikę usług medycznych.

Analiza i uwzględnienie kontekstu organizacji podczas budowy systemu zarządzania jakością ma na celu zapewnienie zdolności organizacji do elastycznego dostosowywania się do zmian zachodzących w organizacji i jej otoczeniu[14]. W pierwszym etapie należy rozpatrzyć czynniki zewnętrzne, stanowiące kontekst funkcjonowania podmiotu leczniczego w otoczeniu biznesowym. Do tych czynników możemy zaliczyć:

1. *sytuację polityczną* – w ogólnym zarysie dotyczy polityki zdrowotnej państwa, która ma bardzo duży wpływ na funkcjonowanie systemu zarządzania jakością. Planowane zmiany sposobu finansowania usług medycznych, w tym likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowią znaczący element działalności podmiotów leczniczych. Monitorowanie tego czynnika opiera się na bieżącym śledzeniu zmian w przepisach prawnych powiązanych z działalnością leczniczą;
2. *otoczenie prawne* – zmieniające się otoczenie prawne, w tym pod wpływem polityki zdrowotnej państwa, wymusza poszukiwanie skutecznych mechanizmów pozyskiwania informacji o zmianach w ustawach i aktach wykonawczych do ustaw. Dotyczy to przepisów prawnych wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia, przez inne ministerstwa oraz przyjmowania przepisów prawa unijnego do stosowania w Polsce. Podmioty lecznicze mają mały wpływ na ostateczną treść ustaw i rozporządzeń, które są w formie projektów, bowiem następuje to tylko poprzez tzw. konsultacje społeczne. Należy tutaj także zaliczyć zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które mają duże znaczenie w przypadku finansowania usług medycznych na bazie zawartej umowy z NFZ. Śledzenie okresowo informacji dotyczącej zmian w przepisach prawa i dokonywanie oceny zgodności z tymi wymaganiami stanowi bazę do podejmowania decyzji o charakterze strategicznym, jak i powiązanych bezpośrednio z systemem zarządzania jakością;
3. *otoczenie społeczne, czynniki demograficzne oraz współczynniki/mierniki epidemiologiczne* – mają duży wpływ przy ustalaniu zapotrzebowania na dany rodzaj usługi medycznej, na przykład: starzenie się społeczeństwa, niż demograficzny, zapadalność (chorobowość), choroby onkologiczne, schorzenia układu kostnego, choroby kardiologiczne, choroby pulmonologiczne oraz neurologiczne). Monitorowanie tego czynnika może obejmować analizę danych umieszczonych na stronie internetowej Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Głównego Urzędu Statystycznego;

[14] A. Szkiel, *Orientacja na klienta w wymaganiach normy ISO 9001:2015*, „Marketing i Zarządzanie" 2016, nr 3 (44), s. 86.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

4. *sytuację gospodarczą i otoczenie ekonomiczne* – do rozważenia są kwestie związane z planowanymi zmianami, np. w zakresie podatku dochodowego i VAT oraz źródeł finansowania usług medycznych możliwych do wykorzystania przez podmioty lecznicze, w tym także wszelkie dodatkowe elementy powiązane z możliwością pozyskania dotacji. Monitorowanie powinno obejmować bieżące śledzenie zmian w przepisach prawnych i innych regulacjach;

5. *otoczenie rynkowe – klienci instytucjonalni* – klientami instytucjonalnymi dla podmiotów leczniczych mogą być: Narodowy Fundusz Zdrowia, PFRON, inne podmioty lecznicze kupujące usługi medyczne, inne organizacje niebędące podmiotami leczniczymi kupujące usługi medyczne, np. w obszarze medycyny pracy oraz pośrednicy w sprzedaży usług medycznych w formie abonamentów. Analiza otoczenia rynkowego pozwala na szybkie reagowanie na zmieniające się potrzeby klientów instytucjonalnych w powiązaniu z analizą konkurencji w sektorze ochrony zdrowia, tak aby zapobiec utracie klienta instytucjonalnego;

6. *otoczenie rynkowe – pacjenci, klienci indywidualni* – sprostanie wymaganiom i oczekiwaniom pacjenta/klienta jest dość trudne, biorąc pod uwagę uwarunkowania rynku usług medycznych. Jednakże w systemie zarządzania jakością można wykorzystać dostępne narzędzia pozyskiwania informacji o stopniu spełnienia ich oczekiwań. Do takich narzędzi możemy zaliczyć przeprowadzanie badania satysfakcji pacjentów/klientów oraz szczegółową analizę składanych reklamacji czy skarg na poziom jakości świadczonych usług medycznych. Jest to jeden z ważniejszych czynników zewnętrznych wpływających na sens istnienia podmiotu leczniczego, w związku z tym wymaga szczególnego skupienia uwagi na jego monitorowaniu;

7. *otoczenie instytucji kontrolnych* – w zależności od formy prowadzenia działalności leczniczej oraz zakresu świadczonych usług medycznych ilość instytucji kontrolnych mających wpływ na funkcjonowanie podmiotu leczniczego może być różna. Najważniejsze instytucje kontrolne to: Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ministerstwo Zdrowia, Urząd Marszałkowski, Rzecznik Praw Pacjenta, konsultanci wojewódzcy i krajowi w danej dziedzinie medycyny, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Państwowa Agencja Atomistyki. Każda z tych instytucji działa na podstawie przepisów prawa oraz kontroluje podległy jej obszar w podmiocie leczniczym w celu sprawdzenia zgodności prowadzonej działalności leczniczej z tymi wymaganiami prawnymi. Szczegółowa analiza wymagań prawnych oraz wyników kontroli tych instytucji stanowi bazę do oceny skuteczności systemu zarządzania jakością;

8. *otoczenie konkurencyjne* – inne podmioty lecznicze świadczące usługi medyczne w podobnym zakresie i bliskim otoczeniu wpływają znacząco na całe otoczenie biznesowe podmiotu leczniczego. Stąd skuteczne formy monitorowania otoczenia konkurencyjnego dają podmiotowi leczniczemu obraz jego pozycji na rynku usług medycznych;

9. *otoczenie technologiczne* – podążanie za rozwojem technologii medycznych poprzez obserwację nowych trendów w tym zakresie jest niezbędne do rozwoju organizacji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Wprowadzanie nowych technologii w medycynie wpływa w sposób znaczący na doskonalenie jakości usług medycznych, zwiększa przewagę konkurencyjną oraz pozwala na uzyskanie skuteczniejszych wyników leczenia;

10. *otoczenie rynkowe – dostawcy i podwykonawcy* – śledzenie ofert dostawców oraz wyszukiwanie nowych dostawców i podwykonawców pozwala na dokonywanie zakupów wyrobów i usług o pożądanej jakości i cenie. Określenie i doskonalenie zasad wyboru i oceny dostawców oraz podwykonawców pozwala na zapewnienie odpowiedniej jakości dostaw, co w konsekwencji wpływa bezpośrednio na jakość usług medycznych;

11. *otoczenie naukowe* – postęp w medycynie powoduje zmianę dotychczasowych standardów postępowania medycznego. W związku z tym istotne znaczenie przypisuje się roli towarzystw naukowych w kształtowaniu i wytyczaniu kierunków postępowania praktycznego w medycynie. Udział w spotkaniach towarzystw naukowych oraz implementacja w praktyce nowych standardów medycznych prowadzi do doskonalenia jakości usług medycznych.

Opisane powyżej czynniki zewnętrzne, wpływające na kontekst organizacji, mogą być poszerzane w zależności od potrzeb i uwarunkowań zewnętrznych, w jakich funkcjonuje podmiot leczniczy. Kolejnym etapem jest określenie czynników wewnętrznych, wpływających w sposób kluczowy na organizację. Można je pogrupować w następujący sposób:

1. *zasoby ludzkie* – najważniejszym dobrem organizacji są ludzie; okresowa analiza posiadanych zasobów ludzkich oraz ich kompetencji dostarcza kluczowych informacji na temat potencjału ludzkiego. Monitorowanie tego czynnika wymusza zmiany w polityce personalnej, na które istotny wpływ mają:
   - osoby zajmujące samodzielne stanowiska – ustalony system zastępstw lub poszukiwania bazy pracowników o pożądanych kwalifikacjach;
   - ustanowione normy zatrudnienia;
   - trend świadczenia usług medycznych przez podwykonawców – personel medyczny, z którym zawarte są umowy cywilnoprawne;
   - identyfikacja pracowników z długim stażem, w wieku przedemerytalnym;
   - potencjalne braki w poszczególnych grupach zawodowych (np. personel pielęgniarski) wynikające z otoczenia rynku usług medycznych;
   - system rekrutacji, oferowane wynagrodzenie;
   - ustanowione wymagania kwalifikacyjne;
   - informacja o poziome satysfakcji pracowników;
2. *struktura organizacyjna, podział zadań, zakresy odpowiedzialności i uprawnień* – mają bardzo duże znaczenie dla systemu zarządzania jakością w zakresie przejrzystości przyjętych podległości służbowych oraz powiązań funkcjonalnych między komórkami organizacyjnymi. Jasno sprecyzowane zakresy czynności, odpowiedzialności i uprawnień umożliwiają skuteczne planowanie zadań oraz wspomagają kreatywność pracowników. Monitorowanie tego czynnika wewnętrznego pozwala na ocenę skuteczności delegowania

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

uprawnień, podejmowania samodzielnych zadań przez personel oraz weryfikację zdobywanych przez nich uprawnień z wykorzystaniem ich w praktyce;

3. *przyjęta strategia i cele* – okresowa weryfikacja planu strategicznego oraz wyznaczonych celów operacyjnych, w tym dla systemu zarządzania jakością, wpływa na wytyczanie kierunków działania podmiotu leczniczego oraz konieczność wprowadzenia zmian wynikających z otoczenia organizacji (zewnętrznego i wewnętrznego);

4. *przyjęte formy komunikacji wewnętrznej* – skuteczne mechanizmy komunikacji wewnętrznej zapewniające dotarcie informacji do pracownika we właściwym czasie. Analiza przyjętych w tym zakresie rozwiązań z wykorzystaniem kontroli wewnętrznej, narad z pracownikami czy też audytów wewnętrznych pozwala na wprowadzenie działań doskonalących system zarządzania jakością;

5. *kultura organizacyjna* – charakterystyczny tylko dla danego podmiotu leczniczego zestaw wartości, zachowań, przyjętych obyczajów i postaw budowany jest przez cały czas funkcjonowania podmiotu leczniczego. Kulturę organizacyjną tworzą ludzie i posiadane przez nich wartości. Część szpitali posiada spisany kodeks etyczny, a te, które posiadają akredytację Ministra Zdrowia, okresowo omawiają problemy etyczne na spotkaniach powołanego zespołu etycznego. Monitorowanie zmian w kulturze organizacji ma duże znaczenie dla skutecznego funkcjonowania systemu zarządzania jakością w świetle standaryzacji zachowań i postaw pracowników;

6. *podejście do pacjenta* – wypracowanie jednolitych standardów obsługi pacjenta i okresowa ich weryfikacja powoduje wyznaczanie kierunków pożądanych wzorców – indywidualnego podejścia do pacjenta. W tym celu można wykorzystać wyniki badania satysfakcji pacjentów oraz wyniki audytów wewnętrznych;

7. *zakres świadczonych usług medycznych* – indywidualny dla każdego podmiotu leczniczego zgodnie z rejestracją w księdze rejestrowej. Wymaga okresowej weryfikacji w ramach monitoringu rynku usług medycznych oraz pojawiających się potrzeb dotyczących rozszerzenia prowadzonej działalności leczniczej;

8. *posiadana infrastruktura – potencjał techniczny* – przeglądy budynków, instalacji i urządzeń medycznych, w tym technicznych, zgodnie z wymaganiami prawnymi oraz wymaganiami producentów dają pewność w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów podczas użytkowania infrastruktury. Z drugiej strony weryfikacja stopnia zużycia posiadanego potencjału infrastrukturalnego pozwala na skuteczne planowanie zakupów w tym zakresie;

9. *dokumentacja wewnętrzna* – opracowane na potrzeby podmiotu leczniczego: zarządzenia wewnętrzne, regulaminy, procedury, instrukcje oraz standardy medyczne opisują sposób postępowania praktycznego w określonej sytuacji. Okresowa weryfikacja przyjętych do stosowania dokumentów pod kątem konieczności ich aktualizacji pozwala na osiągnięcie dużej pewności ich użyteczności;

10. *przyjęte do stosowania wymagania dobrowolnych norm i standardów zewnętrznych* – posiadanie certyfikatów potwierdzających spełnianie przez podmiot leczniczy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wymagań określonych norm, np. ISO 9001, ISO 14001 lub standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości, ma bardzo duże znaczenie dla systemu zarządzania jakością w zapewnieniu odpowiedniego poziomu jakości usług medycznych oraz ich standaryzacji. Przyjęte dobrowolnie do stosowania powyższe wymagania muszą podlegać sprawdzeniu stopnia ich spełniania poprzez audyty i kontrole wewnętrzne.

Analizując powyższe czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, zasadne wydaje się ich udokumentowanie, aby zapewnić skuteczne monitorowanie. Jednym z przyjętych rozwiązań może być opracowanie tabeli zawierającej następujące dane: rodzaj czynnika, krótka jego charakterystyka wraz z wpływem na system zarządzania jakością, metody monitowania oraz osoby odpowiedzialne za monitorowanie. Biorąc pod uwagę krótki czas obowiązywania normy PN-EN ISO 9001:2015, dopiero za kilka lat będzie możliwa ocena, na ile monitorowanie kontekstu organizacji wpłynęło na skuteczność systemu zarządzania jakością oraz skuteczność procesów biznesowych podmiotu leczniczego.

2. Zrozumienie potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych

Zrozumienie organizacji i jej kontekstu nie jest możliwe, jeżeli w tym procesie nieujęte są strony zainteresowane. Kolejną kluczową zmianą w nowej normie PN-EN ISO 9001:2015 jest szczególne podejście do stron zainteresowanych. Strona zainteresowana – interesariusz jest definiowana jako osoba lub organizacja, która może mieć wpływ na decyzje lub działania, podlegać ich wpływom lub która uważa się za podlegającą wpływom decyzji lub działań[15]. Podane zostały także przykłady stron zainteresowanych; są nimi: klienci, właściciele, ludzie w organizacji, dostawcy, banki, podmioty stanowiące przepisy, związki zawodowe, partnerzy lub społeczeństwo, mogące obejmować konkurentów lub przeciwstawne grupy nacisku[16]. Nadanie przez normalizatora szczególnej rangi w systemie zarządzania jakością stronom zainteresowanym wynika z kilku aspektów. Pierwszym z nich jest konieczność sprostania nowym wyzwaniom w otoczeniu biznesowym, a ustalenie konkretnych wymagań w tym zakresie może ułatwić ten proces. Po drugie, strony zainteresowane wpływają w coraz większy sposób bezpośrednio lub pośrednio na sukces rynkowy podmiotu leczniczego.

Organizacje przyciągają, zdobywają i zachowują wsparcie istotnych stron zainteresowanych, od których zależy ich sukces[17]. Oczywiście obszar identyfikacji stron zainteresowanych w sektorze ochrony zdrowia może mieć różne wymiary w zależności od rodzaju prowadzonej działalności leczniczej oraz zakresu świadczonych usług medycznych. Ważne, aby w tym zakresie nie popadać w przesadę i nie

[15] PN-EN ISO 9000:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia*…, s. 16.
[16] Ibidem, s. 16.
[17] Ibidem, s. 6.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

uwzględniać wszystkich stron zainteresowanych, a jedynie te, które są istotne dla systemu zarządzania jakością, bowiem takie przyjęto założenie. Jak zwykle w takich sytuacjach nie ma ustanowionych kryteriów oceny, która strona zainteresowana ma istotne znaczenie dla systemu zarządzania jakością, a która do nich się nie zalicza.

W normie PN-EN ISO 9001:2015 w punkcie 4.2 Zrozumienie potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych pojawiło się wymaganie, aby organizacja, biorąc pod uwagę wpływ lub potencjalny wpływ na zdolność organizacji do stałego dostarczania wyrobów i usług, które spełniają wymagania klienta, oraz mające zastosowanie przepisy prawne i regulacyjne, określiła:

- strony zainteresowane, które są istotne dla systemu zarządzania jakością;
- wymagania tych stron zainteresowanych, które są istotne dla systemu zarządzania jakością.

Organizacja powinna monitorować i przeglądać informacje dotyczące tych stron zainteresowanych i ich istotnych wymagań[18]. W takim brzmieniu zapisu normy nie ma podanego obowiązku sporządzania przez organizację dokumentu, w którym będą określone istotne strony zainteresowane oraz ich istotne wymagania ze względu na system zarządzania jakością. Jednakże postawione wymaganie dotyczące monitorowania i przeglądania informacji dotyczących powyższego niejako wymuszają na kierowniku podmiotu leczniczego przyjęcie sformalizowanego dokumentu w celu skutecznego nadzorowania spełniania tego wymagania.

Należy podkreślić, że założeniem w kontekście identyfikacji stron zainteresowanych jest cel główny, jakim jest spełnienie wymagań pacjenta w procesie świadczenia usług medycznych, przy jednoczesnym spełnianiu wymagań prawnych i regulacyjnych. Wymaganie regulacyjne definiowane jest jako obowiązkowe wymaganie wyspecyfikowane przez organ, który został uprawniony przez organ ustawodawczy[19]. Przykładem takich wymagań regulacyjnych dla podmiotów leczniczych są wymagania Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele klasyfikacji stron zainteresowanych. K. Szczepańska dokonuje podziału na interesariuszy rynkowych, nierynkowych i wewnętrznych. Interesariusze rynkowi to osoby, które są związane z przedsiębiorstwem umową, służą jego przetrwaniu i rozwojowi lub wzrostowi na rynku. Interesariusze nierynkowi to osoby lub grupy osób, które mogą wywierać wpływ na przedsiębiorstwo, jak i pozostawać pod jego wpływem. Natomiast interesariusze wewnętrzni kontrolują działalność przedsiębiorstwa na podstawie zajmowanej w nim pozycji lub posiadanego prawa własności[20]. Przekładając tę klasyfikację interesariuszy na

[18] PN-EN ISO 9001:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania…*, s. 11.
[19] PN-EN ISO 9000:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia…*, s. 23.
[20] K. Szczepańska, *Związki podejścia do zarządzania jakością z teorią interesariuszy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2015, nr 376, s. 363.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

sektor usług medycznych, można stwierdzić, że najważniejszymi interesariuszami rynkowymi są Narodowy Fundusz Zdrowia, z którym podmioty lecznicze posiadają podpisane umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w konkretnym rodzaju usług, oraz inne podmioty lecznicze kupujące usługi. W przypadku świadczenia przez podmiot leczniczy usług medycznych komercyjnych tym głównym interesariuszem rynkowym jest pacjent, który ponosi odpłatność za usługę medyczną. Do interesariuszy nierynkowych możemy zaliczyć: dostawców i podwykonawców, społeczeństwo, instytucje kontrolne, Ministerstwo Zdrowia, konkurencyjne podmioty lecznicze, towarzystwa naukowe oraz izby lekarskie i pielęgniarskie. Wpływ interesariuszy nierynkowych na działalność leczniczą może być różny i zależny od wielu czynników, jednakże powiązany jest on z rodzajami udzielanych świadczeń zdrowotnych. Interesariusze wewnętrzni zawsze wpływają na funkcjonowanie podmiotu leczniczego bezpośrednio lub pośrednio. Najważniejszymi są sami pracownicy, osoby na stanowiskach kierowniczych oraz w przypadku, kiedy podmiot leczniczy w rozumieniu prawa jest przedsiębiorcą – właściciel podmiotu leczniczego. W niektórych przypadkach to także Rada Społeczna oraz związki zawodowe mające wpływ na podejmowanie decyzji o charakterze strategicznym przez kierownika podmiotu leczniczego. Przykład identyfikacji stron zainteresowanych w podmiocie leczniczym przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Identyfikacja stron zainteresowanych w podmiocie leczniczym

Lp.	Strona zainteresowana	Wymagania stron zainteresowanych
1.	Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	▪ Wymagania opisane w umowie z NFZ ▪ Zarządzenia Prezesa NFZ ▪ Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą
2.	Ministerstwo Zdrowia	Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą
3.	Pacjent Rodzina pacjenta, opiekunowie prawni	▪ Skierowanie na hospitalizację, badanie diagnostyczne, do poradni specjalistycznej ▪ Wymagania określone werbalnie lub zaakceptowane podpisem pacjenta ▪ Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
4.	Rzecznik Praw Pacjenta	▪ Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą, głównie Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
5.	Inne podmioty lecznicze kupujące usługi medyczne	▪ Wymagania opisane w umowach ▪ Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

6.	Organy kontrolne: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny Urząd Marszałkowski, Regionalne Centrum Krwiodawstwa, Główny Inspektor Farmaceutyczny, GIODO, PIP, NIK	Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą oraz wymagania przepisów regulacyjnych
7.	Konsultant krajowy/wojewódzki w danej dziedzinie medycyny	Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą
8.	Inne podmioty lecznicze świadczące usługi medyczne w podobnym zakresie i bliskim otoczeniu – konkurencja	Nie ma sprecyzowanych wymagań, prowadzony monitoring otoczenia konkurencyjnego
9.	Dostawcy i podwykonawcy	Wymagania opisane w zawartych umowach oraz zamówieniach
10.	Pracownicy	▪ Brak formalnie sprecyzowanych wymagań przez pracownika. W przypadku prowadzenia badania satysfakcji pracownika mogą być definiowane wymagania pracownika ▪ Kodeks pracy
11.	Właściciel podmiotu leczniczego	▪ Uchwały, zarządzenia wewnętrzne, regulaminy
12.	Związki zawodowe	Wymagania przepisów prawnych, w tym Kodeksu pracy
13.	Banki, inne instytucje udzielające kredyty, leasingi	Wymagania opisane w umowach
14.	Firmy ubezpieczeniowe	Wymagania opisane w umowach
15.	Społeczność lokalna – mieszkańcy oraz władze lokalne	▪ Regulamin utrzymania porządku w gminie ▪ Skargi społeczności lokalnej
16.	Towarzystwa naukowe	▪ Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą ▪ Rekomendacje towarzystw naukowych
17.	Okręgowa Izba Lekarska Okręgowa Izba Pielęgniarska	Wymagania przepisów prawnych powiązanych z prowadzoną działalnością leczniczą

Źródło: opracowanie własne.

Kierownik podmiotu leczniczego wraz z kadrą kierowniczą, analizując wpływ stron zainteresowanych na proces świadczenia usług medycznych oraz system zarządzania jakością, określa, które z nich są istotne. Sama identyfikacja istotnych stron zainteresowanych nie jest wystarczająca. Biorąc pod uwagę zmieniające się wymagania prawne i regulacyjne, konieczne jest określenie form nadzoru nad aktualnością wymagań stron zainteresowanych oraz monitorowanie zapewniające

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

objęcie nadzorem wcześniej nieidentyfikowanego interesariusza, którego wpływy okazują się znaczące na jakość usług medycznych. W tym celu zasadne jest wyznaczenie osób odpowiedzialnych spośród pracowników za monitorowanie wymagań istotnych stron zainteresowanych. Ponieważ strony zainteresowane powiązane są bezpośrednio z kontekstem organizacji, dobrym rozwiązaniem jest powiązanie ze sobą dwóch dokumentów w jeden, zapewniający monitorowanie otoczenia biznesowego oraz wymagań istotnych interesariuszy.

M. Asejczyk-Woroniecka uważa, że przekładając zmiany w normie PN-EN ISO 9001:2015 na konkretne wymagania, można użyć analizy SWOT do identyfikacji kontekstu organizacji oraz stron zainteresowanych[21]. Analiza SWOT może być skutecznym narzędziem, jeśli kierownik podmiotu leczniczego w ramach posiadanego planu strategicznego sporządza taką analizę. Można więc zastosować różne formy wyrażenia kontekstu organizacji oraz istotnych stron zainteresowanych.

Podsumowanie

Norma PN-EN ISO 9001:2015 wprowadziła dla organizacji chcących potwierdzić spełnianie jej wymagań w obszarze systemu zarządzania jakością dość dużo nowych zmian. W niniejszym opracowaniu przedstawione zostały kluczowe wymagania, od których należy rozpocząć budowę systemu zarządzania jakością bądź dostosowanie już istniejącego systemu do nowych regulacji. Skupienie uwagi w początkowej fazie na dogłębnej analizie otoczenia biznesowego podmiotu leczniczego warunkuje z większym prawdopodobieństwem łatwiejszą implementację systemu zarządzania jakością w kolejnych wymaganiach normy PN-EN ISO 9001:2015. Podobne znaczenie przypisuje się identyfikacji istotnych stron zainteresowanych i ich wymagań. Z tego względu poświęcono uwagę tym dwóm głównym aspektom. Kolejnym krokiem powinna być identyfikacja ryzyk i szans w powiązaniu z przedstawionymi wcześniej zagadnieniami. Jednakże ten temat ze względu na obszerność zagadnienia, różne metodyki zarządzania ryzykiem oraz specyfikę usług medycznych wymaga odrębnego opracowania.

E. Skrzypek uważa, iż wdrożony, nadzorowany oraz doskonalony system zarządzania jakością, stanowiący szansę na sukces rynkowy, zakłada poszukiwanie narzędzi i sposobów stałego doskonalenia[22]. Jednym z takich dostępnych narzędzi może być wdrożenie normy PN-EN ISO 9001:2015.

[21] M. Asejczyk-Woroniecka, *Zastosowanie analizy SWOT w doskonaleniu zarządzania jednostkami administracji terytorialnej*, „Finanse. Rynki Finansowe. Ubezpieczenia" 2016, nr 6, s. 318.
[22] E. Skrzypek, *Doskonalenie jakości jako szansa na sukces organizacji*, „Współczesne Zarządzanie" 2010, nr 3, s. 42-43.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Bibliografia

Asejczyk-Woroniecka M., *Zastosowanie analizy SWOT w doskonaleniu zarządzania jednostkami administracji terytorialnej*, „Finanse. Rynki Finansowe. Ubezpieczenia" 2016, nr 6.

IAF ID 9:2015, *Wytyczne dotyczące planowania przejścia na ISO 9001:2015*, wydanie I, Warszawa 2015.

Karkowski T., *Restrukturyzacja szpitali*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.

PN-EN ISO 9000:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia*, PKN, Warszawa 2016.

PN-EN ISO 9001:2009, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, PKN, Warszawa 2009.

PN-EN ISO 9001:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, PKN, Warszawa 2016.

Skrzypek E., *Doskonalenie jakości jako szansa na sukces organizacji*, „Współczesne Zarządzanie" 2010, nr 3.

Szczepańska K., *Związki podejścia do zarządzania jakością z teorią interesariuszy*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2015, nr 376.

Szkiel A., *Orientacja na klienta w wymaganiach normy ISO 9001:2015*, „Marketing i Zarządzanie" 2016, nr 3 (44).

Zarządzenie Prezesa NFZ nr 3/2014/DSOZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, załącznik nr 5.

Selected aspects of the implementation of the quality management system according to the standard PN-EN ISO 9001:2015 in health care entities into account the peculiarities of medical services

Abstract
Selected issues of the implementation of new PN-EN ISO 9001:2015 standards are presented in this research paper. These issues are mainly related to the context of the organization and the stakeholders. The interpretation of the requirements with the reference to the health care entities and the specification of the medical services is also presented in this case study. The authorial analysis of the context of the organization and the stakeholders of the health care entities is described.

Keywords: quality, medical services, PN-EN ISO 9001:2015 norm, organisation context, interested parties

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Paweł Lipowski[1]

Prawne warunki zarządzania jakością w świetle przepisów o działalności leczniczej

Streszczenie
Artykuł przedstawia zagadnienie prawnych warunków zarządzania jakością w aspekcie przepisów odnoszących się do prowadzenia działalności leczniczej. Prezentowane są w nim wybrane aspekty zarządzania złożonym procesem udzielania świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia wymogów prawnych określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa oraz ze względu na jakość tych usług. Obserwacje dokonywane są przy tym z punktu widzenia aspektów praktycznych świadczenia usług medycznych.

Słowa kluczowe: działalność lecznicza, prawo (medyczne), zarządzanie, zarządzanie jakością

Wprowadzenie

Wśród aktualnych wyzwań dla funkcjonowania placówek medycznych w realiach trwającej reformy opieki zdrowotnej w naszym kraju podstawowe miejsce zajmuje problematyka zarządzania jakością. Jest ona immanentnie związana z zarządzaniem opieką zdrowotną na poziomie operacyjnym, czyli na poziomie samych placówek świadczących usługi medyczne. Operacjonalizacja wyzwań związanych z prowadzeniem działalności na wysoce konkurencyjnym rynku usług medycznych ma szczególne znaczenie w perspektywie pozyskiwania przez te placówki pacjentów, wnoszących pełną odpłatność za udzielane świadczenia zdrowotne. Jest to tym bardziej istotne ze względu na perspektywę zwiększania się liczby pacjentów, którzy poszukując odpowiedniej i satysfakcjonującej ich usługi medycznej, są gotowi za taką usługę zapłacić z własnych środków.

Zgodnie z takimi założeniami „jakość usługi medycznej" możemy definiować jako sumę cech usługi medycznej, które są właściwe i niezbędne dla spełnienia założonych wymagań. Zarządzanie jakością usług medycznych będzie zaś oceną złożonego procesu, w którym świadczenia medyczne udzielane są pacjentowi, zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnego i optymalnego do osiągnięcia w danych warunkach efektu zdrowotnego, przy przyjęciu, że te świadczenia są zgodne z aktualną wiedzą profesjonalną (medyczną)[2].

[1] Dr; Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

[2] Definicja własna autora na podstawie: K. Opolski, K. Waśniewski, *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*, Wydawnictwo „CeDeWu", Warszawa 2011 oraz P. Dobski, M. Dobska, *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2016.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Niezbędne instrumentarium w zakresie wytyczania kryteriów oceny jakości udzielania świadczeń medycznych dostarczają przy tym przepisy prawa powszechnie obowiązującego. Wyznaczają one pewien (minimalny) standard opieki zdrowotnej, odnoszący się zarówno do sektora publicznego, jak i do sektora prywatnego w opiece zdrowotnej. Standard ten jest konkretyzowany w szczegółowych postanowieniach ustawodawstwa zaliczanego do prawa medycznego (lub prawa zdrowia publicznego).

Celem niniejszego artykułu jest rozwiązanie problemu prawnej definicji jakości w opiece zdrowotnej w odniesieniu do wybranych przepisów prawnych wyznaczających prawne warunki prowadzenia działalności leczniczej. Zagadnienie to prezentowane będzie na tle uwag praktycznych – na podstawie obserwacji autora dotyczących funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. Rozważania mają za cel przedstawienie idei regulacji prawnych odnoszących się do złożonego procesu udzielania świadczeń medycznych, które mogą być interpretowane przez pryzmat prawnych wymogów jakości opieki zdrowotnej.

1. Jakość działalności leczniczej – zakres regulacji prawnej

Podstawowym aktem prawnym odnoszącym się do funkcjonowania podmiotów leczniczych jest w Polsce ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[3]. Ustawa ta, określając w szczególności zasady wykonywania działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania różnego rodzaju podmiotów wykonujących taką działalność (w tym czas pracy pracowników tych podmiotów), stanowi *sui generis* „konstytucję prawną" prowadzenia takiej działalności.

W pierwszej kolejności wskazać należy prawne definicje podmiotów, które mogą prowadzić działalność leczniczą w formie tzw. podmiotów indywidualnych (osób wykonujących zawód medyczny, tj. przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek), jak i tzw. podmiotów zbiorowych. Podmioty te będą mieć status przedsiębiorców i powinny prowadzić swoją działalność zgodnie z regulacją ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej[4].

Ustawa o działalności leczniczej stanowi *lex specialis* w stosunku do ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, a jej ranga polega przede wszystkim na wprowadzeniu obowiązku rejestracji działalności gospodarczej w momencie podejmowania się

[3] Dz.U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm., zwana dalej ustawą o działalności leczniczej. Ustawa ta weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r., uchylając wcześniej obowiązującą ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny Dz.U. nr 91, poz. 408). Warto przy tym zaznaczyć, że uchwalenie ostatniej ze wskazanych ustaw jest utożsamiane z właściwym rozpoczęciem procesu transformacji systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju, a *ratio legis* przyjęcia ustawy o działalności leczniczej zasadzało się na założeniu dokonania istotnych zmian w warunkach funkcjonowania podmiotów leczniczych (polegających w szczególności na przekształceniach tych podmiotów pod względem własnościowym i strukturalnym).

[4] Dz.U. z 2016 r., poz. 1829, z późn. zm. Ustawa ta w swojej zasadniczej kwestii obowiązuje od dnia 21 sierpnia 2004 r.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

świadczenia usług medycznych. Działalność lecznicza jest bowiem zgodnie z art. 16 przedstawianej ustawy (o działalności leczniczej) tzw. działalnością regulowaną, czyli podlegającą wpisowi – odpowiednio: do rejestru prowadzonego przez właściwą izbę danego zawodu medycznego (lekarską lub pielęgniarsko-położniczą) albo do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez wojewodę.

Na tej podstawie należy podkreślić istotną, a w praktyce często bagatelizowaną kompetencję nadzorczą ww. organów rejestrowych do możliwości dokonywania oceny spełniania przez podmiot starający się o wpis wymogów jakościowych co do podjęcia (w ogóle działalności) w obszarze ochrony zdrowia, w ramach kontroli sprawowanej *ex ante*. Kontrola taka mogłaby mieć wymiar nie tylko formalnego spełnienia warunków do jej podjęcia, ale również czynności kontrolnych prowadzonych w miejscu (planowanego) udzielania świadczeń zdrowotnych, np. w drodze wizytacji.

Z punktu widzenia spełnienia wymagań jakościowych dotyczących personelu udzielającego świadczeń opieki medycznej należy zasygnalizować zagadnienie posiadania przez ten personel właściwych kwalifikacji (tzw. wykształcenia formalnego) oraz umiejętności zawodowych. Obowiązek sprawowania nadzoru nad właściwym wykonywaniem zawodu medycznego spoczywa przy tym na organach samorządu zawodowego i wypływa z ich istoty jako „wolnych zawodów medycznych". Wyrazem tego jest potencjalne podleganie przez personel medyczny reżimowi odpowiedzialności zawodowej. Dotyczy ona obecnie lekarzy i lekarzy dentystów (i sprawowana jest przede wszystkim na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[5]), pielęgniarek i położnych (ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej[6]), diagnostów laboratoryjnych (ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej[7]) i od niedawna – fizjoterapeutów (ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty[8]).

Tak rozumiana ocena jakości świadczonych usług medycznych w ujęciu podmiotowym powinna być dokonywana przez organy samorządu, w sposób permanentny, przede wszystkim w oparciu o kryteria aktualnej wiedzy medycznej, tj. zgodności z prawem (legalności stosowanych u pacjenta procedur i standardów medycznych) oraz z zasadami etyki zawodowej (deontologii). Wydaje się, że jest to zakres uprawnień wskazanych korporacji zawodowych, który mógłby podlegać znacznie szerszemu praktycznemu wykorzystaniu, co nadawałoby takim działaniom charakter prewencyjny.

Podobne uwagi należy sformułować wobec wpływającego na jakość świadczonych pacjentowi usług czasu pracy personelu medycznego. Wydaje się, że z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, jak i samego personelu medycznego, wpływa-

[5] Dz.U. z 2017 r., poz. 125, z późn. zm.
[6] Dz.U. z 2016 r., poz. 1251, z późn. zm.
[7] Dz.U. z 2016 r., poz. 2245.
[8] Dz.U. z 2015 r., poz. 1994, z późn. zm. Ustawa weszła w życie z dniem 31 maja 2016 r.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

jących na proces udzielania świadczeń zdrowotnych, obecną sytuację w polskim systemie zdrowotnym należy uznać za wymagającą pilnej regulacji na poziomie ustawowym. Dotyczy to w szczególności świadczeń udzielanych w ramach systemu publicznej ochrony zdrowia[9].

Ustawa o działalności leczniczej formułuje wymogi dla lekarzy (lekarzy dentystów) i pielęgniarek (położonych) wykonujących działalność leczniczą jako indywidualną i specjalistyczną praktykę lekarską (pielęgniarską). Dotyczy to wymogów formalnie legitymujących daną osobę do wykonywania zawodu, jak posiadanie tzw. prawa wykonywania zawodu i brak kary dyscyplinarnej orzeczonej na podstawie ww. przepisów o: zawodach lekarza i lekarza dentysty, zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o działalności samorządów tych zawodów[10]. W przypadku praktyki specjalistycznej pojawia się także wymóg posiadania odpowiednej specjalizacji (w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych).

Odnosząc rozważania do jakości samej usługi medycznej, należy uznać, że istotną cechą udzielania świadczeń zdrowotnych jest zapewnienie pacjentowi stosownej informacji o ich rodzaju i zakresie. Zagadnienie to może być rozpatrywane także z punktu widzenia konkurowania jakością świadczonej opieki medycznej przez podmioty taką opiekę oferujące. W tak rozumianą konkurencję jakością wpisuje się regulacja art. 14 ust. 1 omawianej ustawy. Zgodnie z tym przepisem podmiot wykonujący działalność leczniczą ma obowiązek podawać do wiadomości publicznej (pacjentów) informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Przy czym treść i forma tych informacji – zgodnie z nader oszczędną regulacją ustawową – nie mogą mieć cech reklamy.

Ocena wypełniania cech reklamy przez taką informację powinna być dokonywana w oparciu o kryteria prawne sformułowane w art. 16 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji[11]. Z uwagi na obserwowane w coraz większym zakresie „informowanie" o świadczonych usługach medycznych i rosnącą konkurencyjność rynku usług medycznych, wydaje się, że można sformułować

[9] Na powyższe zwracała uwagę m.in. w swoich raportach Najwyższa Izba Kontroli (np. informacja o wynikach kontroli: „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia" (marzec 2014 r.) oraz „Zapewnienie medycznych działań ratowniczych w województwie małopolskim" (listopad 2014 r.).

[10] Chodzi w tym przypadku – odpowiednio o: ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 r., poz. 522, z późn. zm.) oraz ustawę z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011 r., nr 174, poz. 1038, z późn. zm.). Dotyczy to także stosowanych w postępowaniu karnym instytucji pozbawienia wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego (zakazu wykonywania zawodu) albo zawieszenia w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

[11] Dz.U. z 2003 r. nr 153, poz. 1503, z późn. zm. Wskazany przepis definiuje czyny nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy, którymi w obszarze zdrowia może być m.in. reklama sprzeczna z dobrymi obyczajami lub uchybiająca godności człowieka, reklama wprowadzająca klienta w błąd i mogąca przez to wpłynąć na jego decyzję co do nabycia usługi medycznej, reklama odwołująca się do uczuć klientów przez wywoływanie lęku i wykorzystywanie przesądów lub wypowiedź, która, zachęcając do nabywania towarów lub usług, sprawia wrażenie neutralnej informacji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wniosek (*de lege ferenda*) o konieczności nowelizacji wskazanego przepisu ustawy o działalności leczniczej w kierunku doprecyzowania dopuszczalnych form i zasad informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych, w szczególności w drodze typizacji cech zakazanej reklamy usług medycznych.

Zgodnie z powyższym, w art. 14 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej pojawia się także obowiązek informowania pacjenta o stosowanych metodach diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod, który powinien być realizowany na każdorazowy wniosek pacjenta. W praktyce ta sfera działalności podmiotu leczniczego pozostaje w jego własnym interesie (oddziaływanie konkurencyjne) i odbywa się np. w formie szerokiego prezentowania informacji (także graficznych) o wykorzystywanej aparaturze i sprzęcie medycznym oraz posiadanych certyfikatach jakości (w ramach norm ISO oraz certyfikatu akredytacji w ochronie zdrowia). Powyższy wymóg ustawowy koresponduje przy tym z regulacją prawa pacjenta do informacji o udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych, wyrażoną w art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[12].

Jednym z ważniejszych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych jest spełnienie wymagań związanych z posiadanymi pomieszczeniami i ich wyposażeniem – tzw. bazą lokalową. Zgodnie z art. 17 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać „warunki infrastruktury". Dotyczą one w pierwszej kolejności posiadania pomieszczeń lub urządzeń, odpowiadających wymaganiom ustawowym (o czym dalej) oraz używania i utrzymywania wyrobów medycznych (aparatury i sprzętu medycznego), ich wyposażenia, systemów lub zestawów zabiegowych złożonych z wyrobów medycznych – zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych[13]. Definiowane ustawowo „warunki infrastruktury" odnoszą się także do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny (na wyżej opisanych zasadach), spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach (mieszczących się w ramach obszaru medycyny pracy) oraz zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Podkreślić przy tym trzeba, że zawarcie takiej umowy, obejmującej większość definiowanych ryzyk ubezpieczeniowych w dziedzinie świadczenia usług medycznych, może być istotnym imperatywem dla zapewnienia właściwej jakości tych usług ze względu na zależność kosztów kolejnych polis ubezpieczeniowych od poziomu „szkodowości" w działalności placówki medycznej.

Na podstawie delegacji ustawowej (art. 17 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej), minister zdrowia wydał 30 lipca 2012 r. rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych

[12] Dz.U. z 2017 r., poz. 1318, z późn. zm.

[13] Dz.U. z 2017 r., poz. 211, z późn. zm. Dotyczy to również wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* oraz tzw. aktywnych wyrobów medycznych do implantacji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

oraz zakresu informacji o tych wyrobach[14]. Z punktu widzenia zapewnienia jakości w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych wskazać należy, że wyroby powyższe podlegać powinny szczególnemu zainteresowaniu organów wypełniających funkcje kontrolne w systemie zdrowotnym.

Dla zawodów medycznych (lekarzy i pielęgniarek) istnieje również prawny wymóg dysponowania stosownym pomieszczeniem (w którym będą udzielane przez te osoby świadczenia zdrowotne), wyposażonym w produkty lecznicze (leki), wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny – odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Wyżej wskazane warunki dotyczą również wykonywania indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej wyłącznie w miejscu wezwania (czyli wykonywania wizyt domowych), wykonywania indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład (np. w przypadku świadczenia usług medycznych w ramach dyżurów medycznych). W przypadku wykonywania grupowej praktyki lekarskiej (pielęgniarskiej) mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez lekarzy (pielęgniarki) będących wspólnikami (spółki cywilnej lub jawnej) albo partnerami (w spółce partnerskiej), przy zachowaniu ww. warunków sformułowanych dla praktyki indywidulanej.

Kluczowe znaczenie w rozpatrywanej kwestii jakości infrastruktury służącej do udzielania świadczeń zdrowotnych ma regulacja art. 22 ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z tym przepisem pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinny odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej (np. szpital, przychodnia, zakład rehabilitacyjny) oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych (reprezentowanej dziedziny medycznej). Wymagania te dotyczą w szczególności warunków: ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych. Na tej podstawie minister zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[15]. Określa ono stosunkowo precyzyjnie wskazane wymagania, zależnie od

[14] Dz.U. z 2012 r., poz. 895. Rozporządzenie to odnosi się do 22 rodzajów takich wyrobów medycznych (np. angiograf, aparat PET/CT, mammograf, tomograf, aparaty do RTG). Zakres informacji o wyrobach obejmuje: adres przedsiębiorstwa (w którym znajduje się wyrób medyczny), rok produkcji wyrobu medycznego, liczbę badań albo zabiegów wykonanych przy użyciu wyrobu medycznego w okresie ostatnich 12 miesięcy oraz przewidywany okres eksploatacji wyrobu medycznego, zgodny z zaleceniami wytwórcy.

[15] Dz.U. z 2012 r., poz. 739. Wskazane rozporządzenie formułuje warunki adresowane do poszczególnych rodzajów działalności leczniczej. W przypadku podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności obowiązuje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla takich osób (Dz.U. z 2012 r., poz. 808), a w przypadku podmiotów leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej – rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

rodzaju prowadzonej działalności. Wskazać przy tym należy, że zgodnie z art. 207 omawianej ustawy podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy (1 lipca 2011 r.), niespełniający wymagań, o których mowa, powinien dostosować pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2017 r. Jest to kolejny termin dostosowania się do wymogów prawnych przez placówki medyczne (jeden z pierwszych takich terminów upływał 30 czerwca 2005 r.).

Zgodnie z art. 22 ust. 4b wskazanej ustawy podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały one określone dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i tym samym wpisują się w zagadnienie zapewnienia właściwej jakości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i samych świadczeń (rozpatrywanych jednostkowo).

Wobec powyższej regulacji ustawowej minister zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Aktualnie takie standardy obowiązują w zakresie: anestezjologii i intensywnej terapii[16]; opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem[17]; w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych[18] oraz łagodzenia bólu porodowego[19].

Wydaje się przy tym, że tak rozumiane standardy opieki medycznej są jednym z najbardziej istotnych narzędzi wpływających na podnoszenie jakości opieki me-

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i obiekty takich podmiotów leczniczych (Dz.U. z 2016 r., poz. 364).

[16] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2016 r., poz. 2218).

[17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2016 r., poz. 1132).

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2007).

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. z 2015 r., poz. 1997).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

dycznej w wymiarze systemu zdrowotnego, jak i w wymiarze konkretnego podmiotu leczniczego taką opiekę świadczącego. Na tej podstawie uznać należy za pożądany kierunek dokonywania w ten sposób standaryzacji postępowania medycznego, przy założeniu uczestniczenia w procesie przyjmowania standardów zespołów multidyscyplinarnych (pracowników wykonujących zawody medyczne, jak i innych pracowników pracujących w placówkach systemu zdrowotnego) i dokonywania obserwacji ich funkcjonowania w praktyce (uwzględniającej także oczekiwania pacjentów, tam gdzie będzie to możliwe).

Z uwagi na obserwowaną praktykę zlecania udzielania świadczeń zdrowotnych podmiotom zewnętrznym, dokonywanego przez podmioty lecznicze działające w tzw. sektorze finansów publicznych, wskazać należy regulację art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej. Zamówienie takie może zostać udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny (lekarz, pielęgniarka) i odbywać się w trybie konkursowym (konkurs ofert). Podstawą współpracy w tym zakresie powinna być umowa zawierana na czas udzielania świadczeń lub na czas określony. Zgodnie z regulacją ustawową umowa ta powinna określać m.in. sposób organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godziny ich udzielania, oraz minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń, a także przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia oraz ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia. Ważne wydaje się podkreślenie, że skuteczność wskazanej umowy jako instrumentu prawnego kształtowania wzajemnych relacji w procesie świadczenia usług medycznych, także w wymiarze zapewnienia odpowiedniej ich jakości, zależy od precyzji przyjętych postanowień (powinny one np. przewidywać sprawowanie kontroli nad jakością w trakcie samego procesu świadczenia usługi medycznej przez przedstawiciela udzielającego zamówienia).

2. Wybrane zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych

Odnosząc obserwacje do zasad funkcjonowania podmiotów leczniczych, wskazać należy w pierwszej kolejności wymogi kwalifikacyjne związane z pracownikami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i zarządzającymi takimi podmiotami. W tym zakresie można wskazać art. 46 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Wprowadza on wymogi kwalifikacyjne dotyczące kierownika (dyrektora) podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą (co najczęściej dotyczyć będzie tzw. samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej). W tę regulację wpisuje się jednak przede wszystkim art. 49 ustawy, zgodnie z którym w takim podmiocie leczniczym (niebędącym przedsiębiorcą) przeprowadza się konkurs na stanowisko: kierownika, zastępcy kierownika (w przypadku, gdy kierownik nie jest lekarzem), ordynatora, na-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

czelnej pielęgniarki (przełożonej pielęgniarek) i pielęgniarki oddziałowej. Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący („właściciel" tego podmiotu), a na pozostałe stanowiska – jego kierownik. Zgodnie z art. 49 ust. 7 ustawy w przypadku, gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym danego podmiotu oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem (tzw. lekarz kierujący oddziałem), na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.

Innym aspektem prawnej regulacji odnoszącej się do zapewnienia jakości jest art. 50 ust. 1 omawianej ustawy. Zgodnie z tym przepisem podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą (a więc podmiot publiczny) powinien stosować tzw. minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek. Takie minimalne normy ustala kierownik tego podmiotu po zasięgnięciu opinii: kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym (oddziałami i poradniami), przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych – działających na terenie tego podmiotu.

Na podstawie delegacji ustawowej Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami[20]. Normy te w założeniu mają służyć zapewnieniu właściwej jakości i dostępności do świadczeń. Mimo znacznych wątpliwości wyrażanych przez przedstawicieli osób zarządzających podmiotami leczniczymi i środowiska pielęgniarskiego na etapie przyjmowania tego typu standardów opieki medycznej, ich przyjęcie należy ocenić pozytywnie także z punktu widzenia bezpieczeństwa procesu leczenia pacjentów. Wydaje się, że w podobny sposób należałoby uregulować zasady zatrudnienia pozostałych pracowników medycznych.

Warto dodać, że w wyniku nowelizacji przepisów omawianej ustawy przypisano ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w odniesieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (lub ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych dla podmiotów leczniczych, dla których jest on podmiotem tworzącym), zadanie dokonywania corocznej oceny realizacji obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Wyniki tej oceny mają służyć ewentualnym zmianom wskazanej regulacji prawnej. Jest to niezbędne z punktu widzenia zmian demograficznych obserwowanych na rynku pracy w systemie zdrowotnym, a odnoszących się zarówno do pielęgniarek i położnych, jak i lekarzy.

Zgodnie z art. 50 ust. 4 omawianej ustawy w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą powinno się zatrudniać pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska. Wobec powyższego Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczni-

[20] Dz.U. z 2012 r., poz. 1545. Rozporządzenie obowiązuje od dnia 1 stycznia 2013 r.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

czych niebędących przedsiębiorcami[21]. Z punktu widzenia zapewnienia właściwej jakości procesu leczenia pacjentów najważniejsze znaczenia ma regulacja tego aktu prawnego odnosząca się do kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych (tzw. działalności podstawowej).

Zgodnie z art. 111 ustawy organ prowadzący rejestr (w szczególności właściwy wojewoda) jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej (a więc określonymi w omawianej ustawie). Kontrola taka powinna być przeprowadzana przez osoby upoważnione przez ten organ do wykonywania czynności kontrolnych. Obejmować ona może m.in. oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie podmiotu, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w szczególności w procesie świadczenia danej procedury medycznej konkretnemu pacjentowi) oraz wglądu do dokumentacji medycznej. Wszystkie te czynności mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny (najczęściej będą to lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni).

Uprawnienia kontrolne zgodnie z art. 118 omawianej ustawy posiada również minister właściwy do spraw zdrowia. Ma on prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem oraz medycznym. W ramach kontroli pod względem legalności minister ten jest uprawniony w szczególności do: obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta (tzw. obserwacja uczestnicząca); oceny uzyskanej dokumentacji medycznej oraz oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym danego podmiotu w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podobnie jak w przypadku uprawnień wojewody, czynności te mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.

Wobec obserwowanych problemów w zakresie możliwości wykorzystania w procesach kontroli podmiotów leczniczych przez ww. organy administracji rządowej osób wykonujących zawód medyczny, można wskazać, że jest to jeden z najsłabszych elementów w procesie zapewnienia jakości usług medycznych[22]. W zagadnienie to wpisuje się regulacja art. 119 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którą minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli m.in. konsultantom krajowym, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia[23]. W przypadku kontroli wykonywanej

[21] Dz.U. nr 151, poz. 896.

[22] Na powyższe zwracała uwagę m.in. Najwyższa Izba Kontroli w informacji o wynikach kontroli: „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia" (marzec 2013 r.).

[23] Dz.U. z 2017 r., poz. 890.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

z punktu widzenia kryteriów medycznych, zlecenie odpłatnego przeprowadzenia takiej kontroli może zostać udzielone organom samorządów zawodów medycznych (izbom lekarskim i pielęgniarskim), medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym oraz specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny. Kontrola z racji swojej specyfiki powinna być przeprowadzana przez osoby wykonujące zawód medyczny.

Rozpatrując zagadnienie zarządzania jakością z punktu widzenia funkcji zarządzania, jaką jest nadzór, analizowana ustawa wskazuje, że nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący (*de facto* właściciel tego podmiotu). Nadzór ten sprawowany powinien być z zastosowaniem kryteriów: legalności (czyli zgodności jego działań z przepisami prawa, także regulacjami wewnętrznymi, tj. ze statutem i regulaminem organizacyjnym tego podmiotu), celowości, gospodarności i rzetelności (art. 121 ust. 2 ustawy).

W ramach nadzoru podmiot tworzący może zatem żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą (w praktyce najczęściej od dyrektora tego podmiotu) oraz powinien dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Taka kontrola i ocena obejmować powinny (w założeniu) przede wszystkim dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. W ramach udzielonego upoważnienia osoby kontrolujące mają prawo do: wstępu do pomieszczeń podmiotu leczniczego, wglądu do dokumentów i innych materiałów związanych z jego działalnością, z uwzględnieniem przepisów o ochronie informacji ustawowo chronionych[24], przeprowadzania oględzin, sprawdzania przebiegu określonych czynności (np. udzielania konkretnych usług medycznych), żądania od kierownika i pracowników podmiotu ustnych i pisemnych wyjaśnień oraz zabezpieczania dowodów.

Kierownik podmiotu leczniczego jest obowiązany m.in. do niezwłocznego przedstawiania, na żądanie kontrolującego, wszelkich dokumentów i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia kontroli oraz zapewnienia terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników oraz zapewnienia warunków i środków niezbędnych do sprawnego przeprowadzenia kontroli.

Na podstawie ustaleń kontroli podmiot tworzący albo minister właściwy do spraw zdrowia mogą przedstawić kierownikowi w wystąpieniu pokontrolnym zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Dopełnieniem regulacji ustawowej w tym zakresie są przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych[25].

[24] W tym przypadku dotyczyć to będzie przede wszystkim ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 922), która swoją regulacją obejmuje m.in. tzw. dane wrażliwe, czyli dane o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym pacjentów.

[25] Dz.U. z 2015 r., poz. 1331. Wskazać także należy informację o wynikach kontroli NIK „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia" (marzec 2013 r.).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Podsumowanie

Prezentowane w niniejszym artykule obserwacje miały na celu dokonanie prezentacji wybranych regulacji prawnych, które należy uznać za podstawowe dla prowadzenia działalności leczniczej w naszym kraju. Dokonano przedstawienia podstawowych przepisów prawnych odnoszących się do prowadzenia działalności leczniczej, a zawartych głównie w ustawie z 2011 r. odnoszącej się do tej działalności, które można uznać za kluczowe w procesie zapewnienia jakości opieki medycznej.

Wskazać przy tym należy, że na jakość usługi medycznej wpływają także świadczenia towarzyszące i dodatkowe, jak np. estetyka i stan czystości placówki (w tym łazienek), sposób zachowania się personelu (także pomocniczego), standard pobytu (jak np. otrzymywane w placówce całodobowej wyżywienie, wyposażenie pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów). Te czynniki podlegają ocenie, która często nie ma wymiaru prawnego (nie podlegając ocenie z punktu widzenia legalności), a dokonywana jest każdorazowo *in concreto*, przede wszystkim przez pacjentów korzystających z usług takiego podmiotu.

Należy również wskazać, że ocena jakości świadczonych usług medycznych ze względu na deficyty w zakresie dostępności do świadczeń w różnych ich rodzajach i zakresach powinna być przedmiotem zainteresowania władzy publicznej. Powinna ona bowiem ponosić odpowiedzialność, w wybranym modelu organizacji ochrony zdrowia, za globalną poprawę jakości świadczonych usług medycznych (definiowaną jako cel systemu zdrowotnego). Wydaje się, że także z tego punktu widzenia jest możliwe prowadzenie skutecznej polityki poprawy jakości świadczonych usług medycznych pacjentom.

Z punktu widzenia nadrzędnych celów systemu zdrowotnego, za które możemy przyjąć dostępność do świadczeń zdrowotnych, jak i jakość świadczonej usługi medycznej, niezbędne wydaje się przyjmowanie takich regulacji prawnych, które implikować będą następnie oczekiwane działania zorientowane na te cele, a podejmowane przez same placówki. Dotyczy to w sposób szczególny placówek finansowanych ze środków publicznych.

Pojęcie jakości opieki medycznej może być przy tym szeroko definiowane, a jej regulacja prawna ma charakter wyłącznie normotwórczy (często niepoparty sankcją prawną), a przez to pomocniczy dla personelu uczestniczącego w procesie jej świadczenia. Od świadomości tego personelu, jak i osób zarządzających podmiotem leczniczym zależy ostateczny sukces takiej placówki na coraz bardziej konkurencyjnym rynku usług medycznych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Bibliografia

Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Wydawnictwo „Difin", Warszawa 2001.

„*ISO 9001:2000 w placówkach medycznych*", „C.S.P Consultancy Service Poland", Kraków 2003.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora", Toruń 2000.

Safian M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości „Oficyna Naukowa", Warszawa 1998.

Tomasik T., Windak A., Król J.Z., Jacobs M., *Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, „Zdrowie i Zarządzanie", Kraków 2002.

Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

Legal quality management conditions in the light of the provisions on medical activities

Abstract
The article presents the issue of legal quality management conditions in the context of the provisions governing the conduct of medical activities. The selected aspects of the management of the provision of health services are presented in terms of the legal requirements set out in generally applicable law and the quality of these services. Observations are made from the point of view of practical aspects of providing medical services.

Keywords: medical activities, (medical) law, management, quality management

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Edyta Mioduchowska-Jaroszewicz[1]
Mirela Romanowska[2]

Wpływ kosztów i przychodów na wynik finansowy podmiotu leczniczego

Streszczenie
Celem artykułu było przedstawienie oceny opłacalności funkcjonowania oddziałów tworzących jednostkę opieki zdrowotnej (publiczny szpital powiatowy). W badaniu opłacalności badanej jednostki wykorzystano proste narzędzia analizy ekonomicznej – odchylenie bezwzględne, wskaźniki dynamiki i wskaźniki struktury. Dokonano porównania przychodów z kosztami w celu określenia opłacalności poszczególnych oddziałów tworzących badaną jednostkę opieki zdrowotnej. Mimo że nie wszystkie oddziały należące do badanej jednostki wykazują opłacalność, to jednak na ich funkcjonowanie można spojrzeć przez pryzmat Programu Unii Europejskiej Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego 2014-2020, gdzie zdrowie może stać się korzystną inwestycją, a nie kosztem. Ponadto badania przeprowadzone dotychczas w 22 krajach Unii Europejskiej wskazują, że wydatki przypisane do zdrowia są dobrą inwestycją w przyszłość.

Słowa kluczowe: efektywność, jednostki ochrony zdrowia, koszty, przychody

Wstęp

Podmiot leczniczy jest przedsiębiorstwem o złożonej strukturze, która w dobie transformacji systemu jak również w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej musi zostać dostosowana do potrzeb nowoczesnej medycyny. Proces ten musi uwzględniać zasady myślenia ekonomicznego zwiększające efektywność wykorzystania zasobów oraz zmniejszenie kosztów działania podmiotu.

Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej[3], wymusza konieczność realizacji programów dostosowawczych oraz prowadzi do przyspieszenia pożądanych zmian restrukturyzacyjnych poszczególnych podmiotów leczniczych[4]. W wyniku restrukturyza-

[1] Dr; Katedra Analizy i Strategii Przedsiębiorstw, Instytut Ekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego.
[2] Dr; Katedra Analizy i Strategii Przedsiębiorstw, Instytut Ekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego.
[3] Dziennik Ustaw nr 31, poz. 158.
[4] M. Romanowska, *Analiza podmiotu leczniczego na przykładzie szpitala spółki z o.o,* [w:] A. Jaki, M. Kowalik (red.), *Współczesne oblicza i dylematy restrukturyzacji*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2015, s. 441-456.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

cji szpitali stałemu zmniejszeniu ulega podaż usług z zakresu opieki krótkoterminowej na korzyść form alternatywnych. Wielu pacjentów nie wymaga hospitalizacji na oddziałach opieki krótkoterminowej, usługi medyczne mogą być świadczone w placówkach dziennego pobytu lub oddziałach długoterminowego pobytu (ZOL). W większości krajów Unii Europejskiej przyjmuje się jako minimalne (uzasadnione względami ekonomicznymi i organizacyjnymi) wykorzystanie łóżek opieki krótkoterminowej w wysokości 85%. Celem restrukturyzacji i planowania szpitali jest stałe utrzymanie optymalnej liczby szpitali i łóżek opieki krótkoterminowej z odpowiednią strukturą podaży świadczeń, zapewniającej optymalne wykorzystanie istniejących zasobów.

Nadrzędnym celem prawidłowo funkcjonujących jednostek opieki zdrowotnej jest dążenie do uzyskiwania bardziej efektywnych i „elastycznych" (podatnych na zmianę) struktur szpitali, które świadczą kompleksową usługę medyczną obejmującą diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację, pozwalającą na szybki powrót do aktywności zawodowej i przywrócenie jakości życia.

1. Przegląd literatury

W literaturze przedmiotu mówi się, że prowadzona rachunkowość w podmiotach leczniczych będących samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej musi odpowiadać zasadom rachunkowości. Wynik finansowy jest bardzo ważnym elementem polityki SP ZOZ. Jest to element, przez który dokonuje się oceny zdolności kontynuowania działania w najbliższej przyszłości[5]. Według B. Fijałkowskiej i J. Maroszka rachunkowość w postaci sprawozdań finansowych powinna bazować na obszernej wiedzy ekonomicznej, a nie na osiąganiu zamierzonego efektu w postaci kreowania wyniku finansowego[6]. Za to E. Mioduchowska-Jaroszewicz twierdzi, że ocena kosztów jest ważną częścią analizy ekonomiczno-finansowej zakładów opieki zdrowotnej. Zadaniem analizy kosztów jest dostarczenie zakładowi szczegółowych informacji o kształtowaniu się kosztów w różnych przekrojach, co jest niezbędne do przyczynowej oceny występującego poziomu kosztów, ujawnienia rezerw gospodarczych oraz wytyczenia kierunków i określenia środków umożliwiających zwiększenie efektywności gospodarowania przez racjonalne wykorzystanie ujawnionych rezerw. Koszty są ważnym miernikiem wyników pracy danej działalności, ponieważ znajduje w nich wyraz cała działalność gospodarcza przedsiębiorstwa, a więc efekty pracy na wszystkich odcinkach tworzenia wartości dla wszystkich interesariuszy, a w przypadku zakładów opieki zdrowotnej szczególnie wartości dla klienta[7].

[5] R. Wawrowski, *Wpływ regulacji prawnych na prezentacje funduszy i znaczenie wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – kluczowe zmiany*, „Studia Zarządzania i Finansów" 2017, nr 6, s. 101.

[6] B. Fijałkowska, J. Maroszek, *Kreowanie wyników finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2012 r.*, [w:] J. Ostaszewski, E. Kosycarz (red.), *Rozwój nauki o finansach. Stan obecny i pożądane kierunki jej ewolucji*, Wyd. SGH, Warszawa 2014, s. 425.

[7] E. Mioduchowska-Jaroszewicz, *The Evaluation of Financial Standing of Medical Institutions*, En-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

L. Bednarski, R. Borowiecki, J. Duraj, E. Kurtys, T. Waśniewski, B. Wersty[8] stwierdzają, że porównanie kształtowania się przychodów w czasie wskazuje kierunki rozwoju przedsiębiorstwa, a w celu uzyskania bardziej obiektywnych wyników, tj. uniknięcia odchyleń typu przypadkowego, należy porównania takie przeprowadzać dla przynajmniej trzech odcinków czasowych.

Ponadto jak twierdzą m.in. M. Jerzemowska[9] oraz T. Waśniewski i W. Skoczylas[10], niezbędnym elementem analizy przychodów jest badanie ich struktury. Określenie struktury przychodów pozwala trafniej ocenić ryzyko rynkowe przedsiębiorstwa oraz przewidywać przyszłe wyniki finansowe.

Na całym świecie podejmuje się wysiłki służące ograniczeniu kosztów opieki zdrowotnej. Według OECD koszty te w ciągu ostatnich dwóch dekad w wielu krajach uległy podwojeniu[11]). Wyniki badań prowadzonych pod kierownictwem prof. J. Stępniewskiego[12], opublikowane przez naukowców z Uniwersytetu Jagiellońskiego, stanowią istotny argument potwierdzający konieczność analizy zarówno dynamiki, jak i struktury kosztów, gdyż zmiany struktury zachodzą pod wpływem różnej dynamiki poszczególnych składników kosztów.

2. Metodologia badania

Badanie opłacalności jednostki opieki zdrowotnej przeprowadzono z wykorzystaniem metod analizy porównawczej i statystki opisowej, oceniając wielkość sprzedaży, koszty zmienne leczenia i koszty stałe.

Dokonano porównania wielkości sprzedaży z kosztami zmiennymi i kosztami stałymi, aby ocenić opłacalność funkcjonowania oddziałów tworzących jednostki opieki zdrowotnej. Wynik finansowy stanowi pieniężny wyraz całokształtu rezultatów działalności przedsiębiorstwa, uzyskany w określonym czasie. Scala on wszystkie przejawy działalności przedsiębiorstwa z rynkiem. Jest więc obszarem czynników zewnętrznych, ale na wynik finansowy wpływają koszty, których wyso-

gineering Management in Production and Services, Bialystok University of Technology Faculty of Management, Vol. 9, Issue 2, 2017, s. 73-81.

[8] L. Bednarski, R. Borowiecki, J. Duraj, E. Kurtys, T. Waśniewski, B. Wersty, *Analiza ekonomiczna przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. O. Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003, s. 37-38.

[9] M. Jerzemowska, *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2004, s. 89.

[10] T. Waśniewski, W. Skoczylas, *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2004, s. 196.

[11] P. Hernández, E. de Cos Moral-Benito, *Determinants of health-system efficiency: evidence from OECD countries*, „International Journal of Health Care Finance and Economics" 2014, no. 14, s. 69-93; J. Kujawska, *Koszty administracyjne w szpitalu*, „Zarządzanie kosztami i dokonaniami. Prace Naukowe UE we Wrocławiu" 2015, nr 398, s. 280 i nast.

[12] J. Stępniewski (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o, Warszawa 2008, s. 205-208.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

kość zależy od uwarunkowań wewnętrznych występujących w przedsiębiorstwie[13]. Osiąganie korzystnego wyniku finansowego jest głównym celem jednostek prowadzących działalność gospodarczą. Każdy podmiot gospodarczy stara się uzyskać jak najlepszy wynik swojej działalności. Dążenie do uzyskania korzystnego wyniku finansowego ma silny wymiar motywacyjny. Bez możliwości uzyskania korzystnego wyniku finansowego niemożliwe byłoby podejmowanie działalności gospodarczej i prowadzenie jej w dłuższym okresie[14]. Analiza wyniku finansowego w kontekście jednostki opieki zdrowotnej jest dość trudna i niejednoznaczna. Zarządzający tego typu jednostkami borykają się z większymi problemami niż menedżerowie typowych jednostek gospodarczych, ponieważ świadcząc usługi medyczne, muszą dbać o ich opłacalność, a z drugiej strony ich nieograniczoną dostępność[15].

Następnym narzędziem, które wykorzystano w badaniu, był wskaźnik dynamiki[16], który bada zmiany zachodzące w określonych wielkościach finansowych na przestrzeni czasu, a konkretnie szacuje, o ile wzrosła lub obniżyła się wartość wybranej pozycji. Na podstawie tych zmian można ocenić, jakie sfery działalności zyskiwały na znaczeniu, a jakie znajdowały się w fazie równowagi lub stagnacji.

Następnie wykorzystano wskaźniki struktury[17], które umożliwiają zidentyfikowanie wielkości finansowych najbardziej rzutujących na sytuację jednostek ochrony zdrowia. Ich stosowanie sprowadza się do szacowania udziału poszczególnych pozycji – w naszym przypadku poszczególnych rodzajów kosztów w kosztach ogółem. Wskazuje, które składniki kosztów mają największe znaczenie, a także czy na przestrzeni kilku okresów ulegały zmianie. Analiza ta umożliwia wskazanie kluczowych punktów, które w największym stopniu wpływają na kondycję jednostki. Można porównać strukturę kosztów badanej jednostki ochrony zdrowia czy oddziału tej jednostki z inną jednostką, bądź jej oddziałem. Na tej podstawie można stwierdzić anomalie lub ich brak, co może wskazywać na zakłócenia od strony ekonomicznej.

3. Analiza opłacalności badanego podmiotu leczniczego – studium przypadku

Badaniu poddano podmiot, którym jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Miejski, działający na terenie miasta na prawach powiatu w wo-

[13] M. Hamrol (red.), *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Ujęcie sytuacyjne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004, s. 67-95.

[14] W. Gabrusewicz, *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2014, s. 269-278.

[15] E. Mioduchowska-Jaroszewicz, *Metody i kierunki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] E. Urbańczyk, I. Rudawska (red.), *Ekonomiczno-organizacyjne problemy zarządzania jednostkami służby zdrowia*, Studia i Materiały Polskiego Towarzystwa Zarządzania Wiedzą. Bałtyckie Forum Zdrowia, Bydgoszcz 2010, s. 188.

[16] D. Wędzki, *Analiza wskaźnikowa sprawozdania finansowego*, Oficyna Ekonomiczna Wolters Kluwer, Kraków 2006, s. 227-228.

[17] W. Gabrusewicz, *Podstawy analizy*…, s. 277.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

jewództwie zachodniopomorskim. Populacja obsługiwana przez badany podmiot wynosi ponad 41,1 tys. Wykonywane są w nim trzy świadczenia medyczne: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (duży limit świadczeń), leczenie szpitalne (średni limit świadczeń), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (zbliżony do średniego limit świadczeń). Szpital ma w posiadaniu siedem oddziałów, w których leczeni są chorzy. Do największych oddziałów szpitalnych należą Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny. Posiada jedenaście poradni specjalistycznych. Do największych należą Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Dermatologiczna i Poradnia Chirurgii Ogólnej.

Ocenie poddano wartość sprzedaży usług, którą stanowią środki otrzymane z Narodowego Funduszu Zdrowia, a także wielkość kosztów zmiennych leczenia, kosztów stałych działalności oddziału oraz kosztów razem dla każdego z oddziału oddzielnie. Ocenę poszerzono o analizę dynamiki tych wielkości oraz zbadanie struktury kosztów razem z podziałem na koszty stałe i zmienne.

Analizę kosztów i przychodów dokonano według miejsc ich powstania z uwzględnieniem oddziałów wchodzących w skład badanej jednostki, tak więc poddano ocenie:

1) oddział chirurgii,
2) oddział internistyczny,
3) oddział ginekologiczno-położniczy,
4) oddział pediatryczny,
5) oddział noworodkowy,
6) oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
7) izbę przyjęć,
8) poradnie specjalistyczne.

W pierwszej kolejności ocenie poddano oddział chirurgii w całym analizowanym okresie, tj. I – VI 2015 roku. W tym okresie wartość sprzedaży usług jest niższa niż wielkość kosztów ogółem (por. tabela 1). Taka sytuacja powoduje, że oddział ten osiągał ujemny wynik finansowy (stratę), która najwyższa była w marcu i wynosiła 167 235,64 zł, najniższa zaś w lutym, która zamknęła się kwotą 81 011,12 zł.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 1. Wielkość sprzedaży i kosztów w ujęciu miesięcznym

Treść	Dane w zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	179 709,40	197 236,00	148 645,24	219 969,36	149 719,44	204 521,20
Koszty zmienne leczenia	86 447,26	103 356,16	124 130,26	115 293,48	98 223,67	117 215,19
Koszty stałe działalności oddziału	176 678,87	174 890,96	191 750,62	195 710,43	196 045,64	182 897,24
Koszty razem	263 126,13	278 247,12	315 880,88	311 003,91	294 269,31	300 112,43
Wynik finansowy (przychody – koszty)	- 83 416,73	-81 011,12	-167 35,64	- 91 034,55	-144 49,87	-95 591,23

Źródło: opracowanie własne.

Dynamika sprzedaży usług była najwyższa w kwietniu w porównaniu do marca. W tym okresie nastąpił jej wzrost o 47,98% (por. tabela 2). Najniższa zaś w miesiącu maju w porównaniu do kwietnia – 68,06%, co oznacza spadek wielkości sprzedaży o 31,94%. Spadek także wystąpił w miesiącu marcu w porównaniu do lutego, ponieważ dynamika wynosząca 75,36% oznacza faktycznie spadek o 24,64%. W pozostałych miesiącach, tzn. w lutym i czerwcu, w porównaniu do miesiąca poprzedniego nastąpił wzrost wynoszący odpowiednio 9,75% i 36,6%.

Koszty zmienne leczenia wzrastały w trzech z pięciu okresów, tj. w lutym, marcu i czerwcu. Najszybsza dynamika wzrostu wystąpiła w marcu w porównaniu do lutego i wynosiła 120,1% (wzrost o 20,1%). W ramach tych kosztów najszybciej wzrosły koszty badań i diagnostyki zewnętrznej – o 228,36%. Koszty zmienne najbardziej zmalały w maju w porównaniu do kwietnia – o 14,81% (dynamika 85,19%). Nieznaczny spadek tych kosztów – o 7,22% nastąpił w kwietniu (dynamika 92,88%) w porównaniu do marca.

Najszybszą dynamiką wzrostu w ramach kosztów zmiennych leczenia w badanym okresie, tj. I – IV 2015 r., charakteryzowały się koszty transportu w czerwcu (1734,23%). Nieco inna sytuacja występuje w pozycji koszty stałe działalności oddziału. Koszty te wzrastały w miesiącach: marzec (o 9,64%), kwiecień (o 2,07%) oraz maj (o 0,17%) w stosunku do miesięcy poprzednich. Zmalały w miesiącach: luty (o 1,01%) i czerwiec (o 6,71%). Najszybsza dynamika wzrostu kosztów stałych oddziału chirurgii wystąpiła w miesiącu lutym w pozycji pozostałe koszty stałe – 557,77%, zaś najszybsza dynamika spadku miała miejsce w miesiącu maju w pozycji

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

wyposażenie medyczne i amortyzacja. Spadek wyniósł 79,07% (dynamika 20,93%). Taka sytuacja powoduje, że koszty razem rosną w miesiącach: luty (o 5,75%), marzec (o 13,53%) i czerwiec (o 1,99%). Maleją zaś w miesiącach: kwiecień (o 1,54%) i maj (o 5,38%).

Tabela 2. Dynamika przychodów i kosztów oddziału chirurgii

Treść	Dane w %				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	109,75	75,36	147,98	68,06	136,6
Koszty zmienne leczenia, w tym:	119,56	120,1	92,88	85,19	119,33
Leki i krew	139,16	128,36	76,82	69,55	127,47
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	49,33	307,1	70,44	51,09	189,21
Badania i diagnostyka zewnętrzna	56,64	328,89	103,42	49,36	148,44
Diagnostyka szpitalna	157,82	82,17	103,64	80,62	134,79
Blok operacyjny i anestezjologia	129,71	98,3	113,37	95,84	92,65
Koszty pobytowe pacjentów	95,17	135,43	81,02	97,23	151,61
Koszty transportu	132,27	218,43	15,35	45,46	1 734,23
Koszty stałe działalności oddziału	98,99	109,64	102,07	100,17	93,29
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	114,02	186,32	261,55	20,93	88,98
Wynagrodzenia, koszty pracy	93,14	107,27	98,29	104,16	96,75
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	124,56	120,22	102,29	120,5	81,77
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	557,77	143,58	92,98	-	
Koszty razem	105,75	113,53	98,46	94,62	101,99

Źródło: opracowanie własne.

Analizując strukturę kosztów oddziału chirurgii, należy stwierdzić, że w całym okresie poddanym ocenie, tj. I–VI 2015 r., koszty stałe przekraczały 60% wszystkich kosztów oddziału. Najwyższy ich udział był w miesiącu styczniu i wynosił 67,15% (por. tabela 3). Duży udział kosztów stałych oznacza wysokie ryzyko operacyjne wyrażające się bardzo dużą wrażliwością wyniku finansowego na zmianę, nawet niewielką, wielkości sprzedaży (ilości pacjentów).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 3. Struktura kosztów oddziału chirurgii

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	32,85	37,15	39,3	37,07	33,38	39,06
Koszty stałe działalności oddziału	67,15	62,85	60,7	62,93	66,62	60,94
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Na oddziale internistycznym jedynie w miesiącu styczniu 2015 r. wielkość sprzedaży usług przewyższała wielkość kosztów, dzięki czemu osiągnięty został dodatni wynik finansowy (9 181,00 zł – por. tabela 4). W pozostałe miesiące, tzn. od lutego do czerwca 2015 roku, oddział generował stratę, gdyż koszty razem przewyższały wartość sprzedaży usług. Najniższa strata wystąpiła w lutym (-14 775,44 zł), a najwyższa w miesiącu marcu (-109 938,18 zł).

Tabela 4. Wielkość sprzedaży i kosztów na oddziale internistycznym w ujęciu miesięcznym

Treść	Dane w zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	319 798,96	295 003,80	268 103,00	299 728,61	282 703,90	303 342,65
Koszty zmienne leczenia	156 984,19	142 752,15	203 216,37	170 081,09	161 063,22	197 083,90
Koszty stałe działalności oddziału	153 633,77	167 027,09	174 824,81	188 740,08	150 466,65	193 549,75
Koszty razem	310 617,96	309 779,24	378 041,18	358 821,17	311 529,87	390 633,65
Wynik finansowy (przychody - koszty)	9 181,00	-14 775,44	-109 938,18	-59 092,56	-28 825,97	-87 291,00

Źródło: opracowanie własne.

Ustalona dla oddziału internistycznego dynamika wielkości tworzących wynik finansowy, tj. przychodów i kosztów, wskazuje, że sprzedaż usług wzrastała w dwóch spośród pięciu miesięcy 2015 roku (por. tabela 5). W kwietniu w porównaniu do marca wzrosła o 11,79% (dynamika 111,79%), a w czerwcu w stosunku do miesiąca poprzedniego o 7,3% (dynamika 107,3%). Najwyższy spadek wielkości sprzedaży usług wystąpił w miesiącu marcu w porównaniu do lutego. Wyniósł on 9,12% (dynamika 90,88%).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Koszty zmienne leczenia najbardziej wzrosły w marcu w porównaniu do kwietnia 2015 r., bo o 42,36%. Ich mniejszy wzrost – o 22,36% odnotowano w czerwcu. W pozostałe miesiące, tzn. w lutym, kwietniu i maju, koszty te zmalały w porównaniu do poprzedzającego ich miesiąca. W kwietniu nastąpił największy spadek w porównaniu do wielkości kosztów w marcu. Dynamika wyniosła tu 83,69%, co oznacza zmniejszenie kosztów o 16,31%. W ramach kosztów zmiennych najszybszą dynamikę wzrostu w badanym okresie odnotowano w marcu w porównaniu do lutego 2015 roku w pozycji badania i diagnostyka zewnętrzna (1225,97%). Najniższą dynamikę osiągnęły koszty sprzętu jednorazowego i materiałów medycznych – 27,02%. Jest to wielkość wskazująca na spadek wielkości tej pozycji kosztów o 72,98% (por. tabela 5). Znacząca dynamika spadku wystąpiła także w miesiącu maju w pozycji leki i krew. Wielkość 42,66% oznacza spadek wielkości tych kosztów w stosunku do kwietnia o 57,34%.

Tabela 5. Dynamika przychodów i kosztów oddziału internistycznego

Treść	Dane w %				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	92,25	90,88	111,79	94,32	107,3
Koszty zmienne leczenia, w tym:	90,93	142,36	83,69	94,7	122,36
Leki i krew	117,06	128,96	80,39	42,66	99,48
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	27,02	130,59	71,2	110,67	120,21
Badania i diagnostyka zewnętrzna	11,14	1225,97	59,18	70,00	158,99
Diagnostyka szpitalna	112,86	99,77	90,68	96,3	110,64
Blok operacyjny i anestezjologia	53,03	221,42	128,81	116,38	66,66
Koszty pobytowe pacjentów	105,94	131,01	93,42	91,67	143,11
Koszty transportu	55,8	103,41	102,58	108,8	105,76
Koszty stałe działalności oddziału	108,72	104,67	107,96	79,72	128,63
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	241,41	71,41	758,5	15,97	85,71
Wynagrodzenia, koszty pracy	102,55	106,15	100,01	85,68	137,9
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	112,49	109,7	87,59	102,92	108,00
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	434,1	51,75	179,63	10,07	2316,26
Koszty razem	99,73	122,04	94,92	86,82	125,39

Źródło: opracowanie własne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Koszty stałe oddziału internistycznego wzrastały w czterech z pięciu miesięcy poddanych ocenie w stosunku do miesięcy ich poprzedzających, to znaczy z wyjątkiem miesiąca maja, w którym to zmalały w stosunku do wielkości kosztów stałych w kwietniu o 20,28% (dynamika 79,72%). Najszybszą dynamikę wzrostu w ramach kosztów stałych oddziału odnotowano w czerwcu w pozycji pozostałe koszty stałe 2316,26% oraz w kwietniu w pozycji wyposażenie medyczne i amortyzacja 758,5%. Najwolniejsza dynamika, równa 15,97%, wystąpiła w pozycji wyposażenie medyczne i amortyzacja w miesiącu maju. Koszty razem po malejącej dynamice w kwietniu i maju, w czerwcu wzrosły o 25,39% w stosunku do maja (dynamika 125,39%).

Analizując strukturę kosztów oddziału internistycznego, można zauważyć, iż proporcje między kosztami zmiennymi a kosztami stałymi oddziału rozkładają się niemal równomiernie, tzn. po około 50% (por. tabela 6). Koszty zmienne największy udział w kosztach razem miały w miesiącu marcu (53,76%), a najmniejszy w lutym (46,08%). Z tego wynika, że koszty stałe miały największy udział w kosztach razem w miesiącu lutym (53,92%), a najmniejszy w marcu (46,24%).

Tabela 6. Struktura kosztów oddziału internistycznego

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	50,54	46,08	53,76	47,4	51,7	50,45
Koszty stałe działalności oddziału	49,46	53,92	46,24	52,6	48,3	49,55
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Na oddziale ginekologiczno-położniczym we wszystkich miesiącach poddanych ocenie, tzn. I–VI 2015 roku, wartość sprzedaży usług była niższa od kosztów razem. Powoduje to, że w całym okresie oddział ten ponosi stratę (ujemny wynik finansowy – por. tabela 7). Najwyższą stratę oddział poniósł w miesiącu styczniu (-70 943,78 zł), najniższą zaś w lutym (-37 319,04).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 7. Wielkość sprzedaży i kosztów na oddziale ginekologiczno-położniczym w ujęciu miesięcznym

Treść	Dane w zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	158 558,40	223 964,00	221 376,36	197 038,13	195 719,94	222 282,69
Koszty zmienne leczenia	64 708,02	96 460,63	107 115,05	96 510,81	102 909,31	116 895,71
Koszty stałe działalności oddziału	164 794,16	164 822,41	173 902,96	177 503,08	178 467,40	150 593,23
Koszty razem	229 502,18	261 283,04	281 018,01	274 013,89	281 376,71	267 488,94
Wynik finansowy (przychody – koszty)	-70 943,78	-37 319,04	-59 641,65	-76 975,76	-85 656,77	-45 206,25

Źródło: opracowanie własne.

Dynamika sprzedaży usług najwyższa była w lutym i wynosiła 141,25%; oznacza to wzrost o 41,25% w stosunku do wielkości sprzedaży usług w miesiącu styczniu (por. tabela 8). Wzrost nastąpił także w czerwcu w porównaniu do maja. Był on zdecydowanie niższy, bo wynosił 13,57%. W pozostałych trzech miesiącach, tzn. marcu, kwietniu i maju, wielkość sprzedaży usług w porównaniu do miesiąca poprzedzającego zmalała. Skala spadku największa była w miesiącu kwietniu, wyniosła 11%.

Dynamika kosztów zmiennych leczenia z wyjątkiem miesiąca kwietnia wykazuje ich wzrost. Najwyższy wzrost nastąpił w miesiącu lutym w porównaniu do stycznia. Dynamika wyniosła 149,07%, wskazując na wzrost o 49,07%. W ramach kosztów zmiennych leczenia oddziału ginekologiczno-położniczego najwyższy wzrost odnotowano w miesiącu lutym w porównaniu do stycznia w pozycji pozostałe koszty zmienne (wzrost o 897,17%) i w kwietniu w porównaniu do marca w pozycji koszty transportu. Wzrosły one o 617,93% (dynamika 717,93%). Największy spadek w ramach kosztów zmiennych leczenia odnotowano w miesiącu lutym w porównaniu do stycznia w pozycji koszty transportu. Ich wielkość zmalała o 82,2% (dynamika 17,8%).

Koszty stałe oddziału w każdym miesiącu z wyjątkiem czerwca wskazywały niewielką dynamikę wzrostu w porównaniu do miesiąca poprzedniego. Najwyższa dynamika wzrostu wystąpiła w marcu i wyniosła 105,51%, czyli koszty te wzrosły o 5,51% w stosunku do lutego. Najwyższy wzrost jak i spadek wśród pozycji kosztów składających się na koszty stałe wystąpił w pozostałych kosztach stałych. Wzrost w marcu o 969,2% (dynamika 1069,2%) i spadek w maju o 84,8% (dynamika 15,2%).

Koszty razem nie wykazują dużej zmienności, a w ostatnim miesiącu, tj. czerwcu, w porównaniu do maja zmalały one o 4,94% (dynamika 95,06%).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 8. Dynamika przychodów i kosztów oddziału ginekologiczno-położniczego

Treść	Dane w %				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	141,25	98,84	89,00	99,33	113,57
Koszty zmienne leczenia, w tym:	149,07	111,04	90,1	106,63	113,59
Leki i krew	98,71	119,52	93,82	97,88	94,75
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	86,13	85,52	81,38	70,7	144,28
Badania i diagnostyka zewnętrzna	119,84	70,73	160,43	123,95	57,11
Diagnostyka szpitalna	173,09	79,15	81,55	108,61	192,72
Blok operacyjny i anestezjologia	161,67	120,92	93,62	107,78	103,49
Koszty pobytowe pacjentów	137,28	119,28	74,96	104,69	134,21
Koszty transportu	17,8	3144,61	717,93	66,82	242,86
Pozostałe koszty zmienne	997,17	-	-	-	-
Koszty stałe działalności oddziału	100,02	105,51	102,07	100,54	84,38
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	111,33	90,86	120,88	123,86	66,03
Wynagrodzenia, koszty pracy	98,18	103,76	103,86	98,22	88,43
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	86,61	107,71	119,3	105,9	78,63
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	158,11	1069,2	19,2	15,2	321,55
Koszty razem	113,85	107,55	97,51	102,69	95,06

Źródło: opracowanie własne.

Na oddziale ginekologiczno-położniczym w strukturze kosztów większą część stanowią koszty stałe oddziału. Ich udział w czterech miesiącach spośród sześciu badanych stanowi ponad 60% (por. tabela 9). W styczniu ich udział w kosztach razem był najwyższy i stanowił 71,81%, najniższy zaś w czerwcu z udziałem 56,3%.

Tabela 9. Struktura kosztów oddziału ginekologiczno-położniczego

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	28,19	36,92	38,12	35,22	36,57	43,70
Koszty stałe działalności oddziału	71,81	63,08	61,88	64,78	63,43	56,30
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Oddział pediatryczny jest jedynym oddziałem, który w całym analizowanym okresie, tzn. I–VI 2015 roku, osiągał dodatni wynik finansowy (por. tabela 10). Spowodowane to było wyższą wartością sprzedaży usług niż kosztów razem. Najwyższy zysk oddział osiągnął w miesiącu lutym. Wartość 18 069,05 zł oznacza, że sprzedaż usług była o tę kwotę wyższa niż koszty razem. Najniższy wynik finansowy oddział ten wypracował w maju. Zysk osiągnął wartość 16,34 zł.

Tabela 10. Wielkość sprzedaży i kosztów oddziału pediatrycznego w ujęciu miesięcznym

Treść	Dane w zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	75 084,88	98 852,00	94 786,17	92 348,29	80 809,32	89 797,63
Koszty zmienne leczenia	11 537,23	17 080,06	21 596,76	18 248,16	16 259,66	18 982,19
Koszty stałe działalności oddziału	60 487,70	63 702,89	60 970,57	65 077,48	64 533,32	64 890,98
Koszty razem	72 024,93	80 782,95	82 567,33	83 325,64	80 792,98	83 873,17
Wynik finansowy (przychody – koszty)	3 059,95	18 069,05	12 218,84	9 022,65	16,34	5 924,46

Źródło: opracowanie własne.

Dynamika sprzedaży usług na oddziale pediatrycznym wykazuje największy wzrost w lutym w stosunku do stycznia o 31,65% (por. tabela 11). Wzrost sprzedaży nastąpił jeszcze tylko w miesiącu czerwcu, w którym w porównaniu do maja wielkość sprzedaży wzrosła o 11,12%. W marcu, kwietniu i maju sprzedaż usług w porównaniu do miesiąca poprzedniego zmalała. Największy spadek wystąpił w miesiącu maju, gdzie w porównaniu do kwietnia sprzedaż usług zmalała o 12,5%.

Koszty zmienne leczenia wzrosły najbardziej w lutym w porównaniu do wartości ze stycznia (o 48,04%). Rosły ponadto w marcu (o 26,44%) i czerwcu (o 16,74%). Zmalały w stosunku do miesiąca poprzedniego w kwietniu o 15,5% (dynamika 84,5%) i w maju o 10,9% (dynamika 89,1%). Niewielki wzrost w wielkościach bezwzględnych (zł), a ogromny w wielkościach względnych (%) wykazała w ramach kosztów zmiennych leczenia pozycja koszty transportu 78 281,25%. Znaczący wzrost w miesiącu czerwcu w porównaniu do maja wystąpił w pozycji sprzęt jednorazowy i materiały medyczne. Wyniósł on 307,33% (dynamika 407,33%). Natomiast w maju w stosunku do kwietnia ta wielkość zmalała w największym tempie spośród wszystkich kosztów zmiennych leczenia, bo o 77,14% (dynamika 22,86%).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 11. Dynamika przychodów i kosztów oddziału pediatrycznego

Treść	Dane w %				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	131,65	95,89	97,43	87,5	111,12
Koszty zmienne leczenia, w tym:	148,04	126,44	84,5	89,1	116,74
Leki i krew	145,08	89,79	97,62	170,99	53,25
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	84,9	255,11	84,22	22,86	407,33
Badania i diagnostyka zewnętrzna	-	293,48	103,7	-	-
Diagnostyka szpitalna	129,81	106,0	110,09	101,6	82,44
Blok operacyjny i anestezjologia	-	-	-	-	-
Koszty pobytowe pacjentów	159,05	95,42	89,32	89,38	126,69
Koszty transportu	-	78281,25	36,49	96,6	201,99
Pozostałe koszty zmienne	-	139,0	65,4	785,43	32,57
Koszty stałe działalności oddziału	105,32	95,71	106,74	99,16	100,55
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	108,17	98,99	128,07	122,66	87,97
Wynagrodzenia, koszty pracy	95,4	96,36	114,35	91,17	110,64
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	112,49	109,7	87,58	102,92	107,82
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	21370,5	25,64	43,04	1290,05	12,49
Koszty razem	112,16	102,21	91,84	96,97	103,81

Źródło: opracowanie własne.

Koszty stałe ze względu na swój charakter nie ulegają w czasie znaczącym zmianom. Największy ich wzrost nastąpił w kwietniu w stosunku do wartości z marca i wyniósł 6,74% (dynamika 106,74%). W marcu i maju koszty te uległy w porównaniu do miesiąca poprzedniego nieznacznemu zmniejszeniu – odpowiednio o 4,29% i 0,84%. W ramach kosztów stałych oddziału pediatrycznego największą zmienność (znaczny spadek i wzrost) wykazywały pozostałe koszty stałe.

Koszty razem nie wykazują znaczącej zmienności. Po ich spadku w kwietniu i maju w stosunku do miesiąca poprzedniego w czerwcu wzrosły w stosunku do maja o 3,81% (dynamika 103,81%).

Ogólna struktura kosztów na oddziale pediatrycznym wskazuje, że koszty zmienne leczenia są relatywnie niewysokie, ponieważ stanowią około 20% cało-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

ści kosztów (por. tabela 12), więc koszty stałe mają udział około 80%. Najwyższy udział kosztów zmiennych leczenia wystąpił w marcu i wyniósł 26,16%, a najniższy w styczniu, kiedy wynosił 16,02%.

Tabela 12. Struktura kosztów oddziału pediatrycznego

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	16,02	21,14	26,16	21,90	20,13	22,63
Koszty stałe działalności oddziału	83,98	78,86	73,84	78,10	79,87	77,37
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Oddział noworodkowy jedynie w miesiącu marcu odnotował dodatni wynik finansowy (por. tabela 13) wynoszący 4103,99 zł. W pozostałych miesiącach ze względu na fakt, że wielkość kosztów razem przewyższała wielkość sprzedaży usług, oddział zamknął je stratą. Najwyższa strata była w kwietniu i wyniosła (-22 842,43 zł).

Tabela 13. Wielkość sprzedaży i kosztów w ujęciu miesięcznym

Treść	Dane w zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	56 680,00	36 972,00	63896,00	43 472,00	60 840,00	60 840,00
Koszty zmienne leczenia	5 675,80	6 590,34	9 773,81	8 319,73	7 562,81	8 930,46
Koszty stałe działalności oddziału	51 784,81	49 164,05	50018,20	57 994,70	56 524,53	52 583,66
Koszty razem	57 460,61	55 754,39	59792,01	66 314,43	64 087,34	61 514,12
Wynik finansowy (przychody – koszty)	-780,61	-18 782,39	4 103,99	-22 842,43	-3 247,34	-674,12

Źródło: opracowanie własne.

Dynamika sprzedaży usług na oddziale noworodkowym wygląda bardzo charakterystycznie. Na przemian następuje spadek i wzrost tej wielkości w stosunku do miesiąca poprzedniego. Największy wzrost wystąpił w marcu w porównaniu do lutego, bo o 72,83 (dynamika 172,83%), a największy spadek (o 34,7%) obserwuje się w lutym w stosunku do stycznia (dynamika 65,3%).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Koszty zmienne leczenia w trzech z pięciu okresów wzrastają w porównaniu do poprzedniego miesiąca. Najwyższa dynamika wzrostu wystąpiła w miesiącu marcu i wyniosła 148,31%, oznacza to wzrost kosztów zmiennych leczenia w stosunku do lutego o 48,31%. Niemal wszystkie koszty składające się na koszty zmienne leczenia wykazują wysoką zmienność (por. tabela 14). Koszty razem w dwóch ostatnich miesiącach wykazują tendencję malejącą o ok. 4%.

Tabela 14. Dynamika przychodów i kosztów oddziału noworodkowego

Treść	Dane w %				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	65,3	172,83	68,04	139,95	100
Koszty zmienne leczenia, w tym:	116,11	148,31	85,12	90,9	118,08
Leki i krew	93,82	210,91	95,65	61,08	194,63
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	106,64	114,8	109,37	68,63	111,14
Badania i diagnostyka zewnętrzna	-	-	-	-	-
Diagnostyka szpitalna	-	230,4	61,9	159,02	76,01
Blok operacyjny i anestezjologia	-	-	-	-	-
Koszty pobytowe pacjentów	88,08	162,86	95,45	79,25	126,81
Koszty transportu	-	-	-	-	-
Pozostałe koszty zmienne	2975,3	6,0	1581,15	4,64	-
Koszty stałe działalności oddziału	94,94	101,74	115,95	97,47	93,03
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	0	126,92	157,57	97,07	47,22
Wynagrodzenia, koszty pracy	94,42	98,21	119,57	96,05	96,07
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	87,15	109,7	87,58	118,6	93,46
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	-	-	5,48	-	-
Koszty razem	97,03	107,24	110,91	96,64	95,98

Źródło: opracowanie własne.

Na oddziale noworodkowym w kosztach razem ponad 80% stanowią koszty stałe działalności oddziału (por. tabela 15). Najwyższy udział miały te koszty w kosztach razem w miesiącu styczniu (90,12%), a najniższy w ciągu całego badanego okresu, tj. I–VI 2015 r., w marcu 83,65%.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 15. Struktura kosztów oddziału noworodkowego

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	9,88	11,82	16,35	12,55	11,80	14,52
Koszty stałe działalności oddziału	90,12	88,18	83,65	87,45	88,20	85,48
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Analizując wielkość sprzedaży usług na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zauważyć można, że w miesiącu styczniu była ona bardzo niewielka w porównaniu do pozostałych miesięcy, co przy wysokich kosztach stałych spowodowało poniesienie wysokiej straty (-139 752,94) zł (por. tabela 16). Oddział ten stratę poniósł również w miesiącu kwietniu (-65 699,02 zł) i maju (-2 067,62 zł), kiedy to koszty razem były najwyższe.

Tabela 16. Wielkość sprzedaży i kosztów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w ujęciu miesięcznym

Treść	Dane w tys. zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	94 252,96	323 916,08	256 273,03	200 443,15	283 021,65	247132,03
Koszty zmienne leczenia	74 278,71	43 403,67	87 546,14	81 703,21	106 243,14	69 555,73
Koszty stałe działalności oddziału	159 727,19	150 689,79	156 550,37	184 438,96	178 846,13	166614,15
Koszty razem	234 005,90	194 093,46	244 096,51	266 142,17	285 089,27	236169,88
Wynik finansowy (przychody – koszty)	-139752,94	129 822,62	12 176,52	-65 699,02	-2 067,62	10 962,15

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dynamikę wielkości tworzących wynik finansowy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zauważyć można znaczną zmienność wielkości sprzedaży usług, która w lutym w porównaniu do stycznia wzrasta o 243,67% (dynamika 343,67%), podczas gdy w następnym miesiącu maleje w stosunku do poprzedniego o 20,88% (dynamika 79,12% – por. tabela 17). W kolejnym miesiącu, tj. w kwietniu, także maleje wielkość sprzedaży usług (dynamika 78,12%), podobnie jak i w czerwcu (dynamika 87,32% oznacza spadek w porównaniu do poprzedniego miesiąca o 12,68%).

Koszty zmienne leczenia wykazują podobnie jak sprzedaż znaczną zmienność. Najwyższy ich wzrost wystąpił w marcu w porównaniu do lutego, tj. o 101,7% (dy-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

namika 201,7%), a najwyższy, bo o 41,57% spadek, w lutym w stosunku do wielkości tych kosztów w styczniu. Pozycją w ramach kosztów zmiennych leczenia, której wielkość w poszczególnych miesiącach ulega znacznym wahaniom, są badania i diagnostyka zewnętrzna. To tu występuje najwyższa dynamika w kwietniu w porównaniu do marca (265,06%) i najniższa (39,04%) w lutym w porównaniu do stycznia.

Koszty stałe oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, podobnie jak na pozostałych oddziałach, ze względu na swój charakter nie ulegają znaczącym wahaniom. W miesiącu kwietniu w porównaniu do marca wzrosły one o 15,9% (dynamika 115,9%), a w czerwcu, kiedy odnotowano najniższa dynamikę, w porównaniu do maja zmalały o 6,84% (dynamika 93,16%). Największą zmienność w ramach kosztów stałych wykazuje pozycja wyposażenie medyczne i amortyzacja. W maju w porównaniu do kwietnia wielkość ta wzrasta o 83,46%, a w czerwcu w porównaniu do maja maleje o 68,63% (dynamika 31,37%). Powoduje to, że dynamika kosztów razem po wzroście w marcu w porównaniu do lutego o 42,82% wykazuje ciągłą tendencję malejącą.

Tabela 17. Dynamika przychodów i kosztów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii

Treść	Dane w%				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	343,67	79,12	78,21	141,2	87,32
Koszty zmienne leczenia, w tym:	58,43	201,7	93,33	130,04	65,47
Leki i krew	48,01	241,74	91,07	142,71	62,19
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	80,44	201,5	88,76	68,98	93,64
Badania i diagnostyka zewnętrzna	39,05	145,61	265,06	105,45	139,23
Diagnostyka szpitalna	85,53	96,4	116,9	129,92	56,21
Blok operacyjny i anestezjologia	-	-	-	-	-
Koszty pobytowe pacjentów	76,32	138,13	128,87	116,99	71,24
Koszty transportu	-	-	63,97	149,81	33,38
Pozostałe koszty zmienne	-	-	-	-	-
Koszty stałe działalności oddziału	94,34	103,89	115,9	96,97	93,16
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	73,52	166,88	86,16	183,46	31,37
Wynagrodzenia, koszty pracy	92,78	99,85	126,68	91,14	100,13
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	112,49	109,7	87,58	102,92	107,96
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	129,36	111,09	48,63	-	-
Koszty razem	82,94	125,76	109,03	107,12	82,84

Źródło: opracowanie własne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Struktura kosztów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii wskazuje, że koszty stałe działalności wynoszą znacznie ponad 60% (por. tabela 18). W lutym ich udział w kosztach razem wynosił 77,64% i był najwyższy w całym badanym okresie. Najniższy udział wynoszący 62,73% wystąpił w maju.

Tabela 18. Struktura kosztów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	31,74	22,36	35,87	30,70	37,27	29,45
Koszty stałe działalności oddziału	68,26	77,64	64,13	69,30	62,73	70,55
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Izba przyjęć w całym analizowanym okresie, tj. I–VI 2015 r., odnotowuje ujemny wynik finansowy. Tak jak w poprzednio ocenianych oddziałach jest to wynik osiągania zbyt niskiej wartości sprzedaży usług. Najwyższą stratę wynoszącą (-40 481,73 zł) jednostka ta osiągnęła w maju na skutek szybszego wzrostu kosztów niż przychodów. Najniższą w całym okresie stratę izba przyjęć poniosła w miesiącu styczniu (-17 268,11 – por. tabela 19).

Tabela 19. Wielkość sprzedaży i kosztów w ujęciu miesięcznym

Treść	Dane w tys. zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	74 232,95	69 110,10	77 667,69	75 320,13	80 119,12	78 973,42
Koszty zmienne leczenia	39 673,44	49 364,77	60 119,14	63 109,84	64 821,76	39 336,87
Koszty stałe działalności oddziału	51 827,62	53 589,35	54 120,13	52 158,38	55 779,09	59 137,08
Koszty razem	91 501,06	102954,1	114239,3	115268,2	120000,9	98 473,95
Wynik finansowy (przychody – koszty)	-17268,1	-33844,0	-36571,6	-39948,1	-40481,7	-19500,53

Źródło: opracowanie własne.

Zawarte w tabeli 20 informacje na temat dynamiki sprzedaży usług izby przyjęć sugerują, że nie występują w niej znaczące zmiany. Wskaźniki na przemian maleją, by znowu wzrosnąć (por. tabela 20).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Dynamika kosztów zmiennych w pierwszych czterech okresach ma tendencję malejącą, ale wartości miesiąc do miesiąca wykazują tendencję rosnącą, o czym świadczy dynamika powyżej 100%. Jedynie w czerwcu w porównaniu do maja koszty te maleją o 39,32% (dynamika 60,68%). Największa zmienność, podobnie jak na wielu innych oddziałach, występuje w pozycji badania i diagnostyka zewnętrzna. W lutym w porównaniu do stycznia koszty te rosną o 1542,86%, a w marcu w porównaniu do lutego maleją o 58,26% (dynamika 41,74%).

Koszty stałe w ostatnich dwóch miesiącach poddanych ocenie, tj. w maju i w czerwcu, w porównaniu do miesiąca poprzedniego wykazują tendencję wzrostową, odpowiednio o 6,94% i 6,02%. Najbardziej zmianie ulegają wielkości występujące w pozycji wyposażenie medyczne i amortyzacja oraz pozostałe koszty stałe. Koszty razem po dynamice wzrostu w maju równej 104,63% w czerwcu w stosunku do maja maleją o 18,38% (dynamika 81,62%).

Tabela 20. Dynamika przychodów i kosztów izby przyjęć

Treść	Dane w %				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	93,09	112,38	96,98	106,37	98,57
Koszty zmienne leczenia, w tym:	124,43	121,79	104,97	102,71	60,68
Leki i krew	79,93	149,4	141,72	76,62	130,44
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	129,36	168,73	47,07	135,24	135,52
Badania i diagnostyka zewnętrzna	1642,86	41,74	62,5	166,66	50,00
Diagnostyka szpitalna	108,56	112,8	105,62	99,53	110,03
Blok operacyjny i anestezjologia	-	-	227,48	-	-
Koszty pobytowe pacjentów	130,81	120,6	110,52	48,49	-
Koszty transportu	249,17	150,75	119,8	127,99	77,42
Pozostałe koszty zmienne	-	-	-	-	-
Koszty stałe działalności oddziału	103,4	99,05	96,38	106,94	106,02
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	181,8	77,62	87,86	133,55	47,6
Wynagrodzenia, koszty pracy	90,09	104,95	101,54	104,77	120,42
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	112,49	109,7	87,58	102,92	107,59
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	29,18	680,87	114,95	49,78	149,43
Koszty razem	112,52	110,96	9,31	104,63	81,65

Źródło: opracowanie własne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Analiza kształtowania się struktury kosztów izby przyjęć pozwala na stwierdzenie, że od stycznia do kwietnia wzrastał udział kosztów zmiennych leczenia, tj. od 43,36% kosztów razem w styczniu, do 54,75% w kwietniu (por. tabela 21). Tym samym w tym okresie malał udział kosztów stałych działalności oddziału (izby przyjęć). W czerwcu sytuacja ulega całkowitej zmianie i w strukturze zaczynają dominować koszty stałe (60,05%) nad kosztami zmiennymi leczenia (39,95%).

Tabela 21. Struktura kosztów izby przyjęć

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	43,36	47,95	52,63	54,75	53,75	39,95
Koszty stałe działalności oddziału	56,64	52,05	47,37	45,25	46,25	60,05
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Poradnie specjalistyczne łącznie po oddziale pediatrycznym są jedynymi jednostkami osiągającymi dodatnie wyniki finansowe w całym okresie badania, tj. I–VI 2015 roku (por. tabela 22). Najwyższy zysk osiągnięty został w miesiącu marcu i wynosił 63 098,93 zł, najniższy zaś w lutym, który zamknął się kwotą 8 965,39 zł.

Tabela 22. Wielkość sprzedaży i kosztów poradni specjalistycznych **w ujęciu** miesięcznym

Treść	Dane w tys. zł					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	155 282,38	174 858,25	229 561,34	179 697,33	192 852,33	183 910,25
Koszty zmienne leczenia	25 525,69	30 419,12	35 657,52	28 286,25	31 268,08	22 964,61
Koszty stałe działalności oddziału	116 464,10	135 473,74	130 804,89	130 329,06	124 111,77	147 716,84
Koszty razem	141 989,79	165 892,86	166 462,41	158 615,31	155 379,85	170 681,45
Wynik finansowy (przychody – koszty)	13 292,59	8 965,39	63 098,93	21 082,02	37 472,48	13 228,80

Źródło: opracowanie własne.

Dynamika sprzedaży usług w poradniach specjalistycznych najwyższa była w marcu w porównaniu do lutego. Wynosiła ona 131,28% (por. tabela 23). W kwietniu w porównaniu do maja dynamika znacznie zmalała – do wartości 78,28%, wskazując na spadek

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

sprzedaży usług w tym okresie o 21,72%. W tym samym okresie podobnie zachowywały się koszty zmienne leczenia, z tym że spadek tych kosztów w czerwcu w porównaniu do maja (o 26,56%) był wyższy niż spadek sprzedaży. Pozwoliło to na poprawę wyniku.

Największą zmienność w kosztach zmiennych leczenia wykazywały sprzęt jednorazowy i materiały medyczne. Najwyższy wzrost w lutym w porównaniu do stycznia o 97,82% (dynamika 197,82%) i zaraz po kosztach transportu w marcu, największy spadek także w marcu w porównaniu do lutego, bo o prawie 50% (dynamika 50,89%).

Koszty stałe, których dynamika malała w marcu, kwietniu i maju, wzrosły w czerwcu w porównaniu do maja o 19,02%. Największa zmienność (wzrost i spadek) występuje w pozycji pozostałe koszty stałe.

Koszty razem wzrastały w stosunku do miesięcy poprzednich w lutym i w marcu, w kwietniu zmalały, by w czerwcu znowu wzrosnąć (dynamika 109,85%).

Tabela 23. Dynamika przychodów i kosztów poradni specjalistycznych

Treść	Dane w %				
	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Sprzedaż usług	112,6	131,28	78,28	107,32	95,36
Koszty zmienne leczenia, w tym:	119,17	117,22	79,33	110,54	73,44
Leki i krew	102,17	146,47	79,25	90,12	116,87
Sprzęt jednorazowy i materiały medyczne	197,82	50,89	64,58	158,11	102,26
Badania i diagnostyka zewnętrzna	94,42	287,29	70,11	73,96	64,99
Diagnostyka szpitalna	101,08	119,2	86,9	129,75	60,45
Blok operacyjny i anestezjologia	-	-	-	-	-
Koszty pobytowe pacjentów	-	-	-	-	-
Koszty transportu	85,48	47,02	196,63	63,15	130,86
Pozostałe koszty zmienne	-	-	-	-	-
Koszty stałe działalności oddziału	116,32	96,55	99,64	95,23	119,02
Wyposażenie medyczne i amortyzacja	127,66	63,42	130,88	92,57	83,15
Wynagrodzenia, koszty pracy	107,39	96,8	99,03	94,69	125,17
Udział w utrzymaniu infrastruktury medycznej szpitala	375,9	121,01	82,73	101,1	95,38
Koszty zajmowanej powierzchni lokali	146,5	97,22	74,92	102,95	70,62
Pozostałe koszty stałe	475,4	39,88	329,56	45,16	466,39
Koszty razem	116,83	110,96	95,29	97,96	109,85

Źródło: opracowanie własne.

W strukturze kosztów poradni specjalistycznych dominują koszty stałe oddziału (poradni). Ich wielkość w analizowanym okresie waha się w przedziale 79-87%

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

(por. tabela 24). Najwyższy udział tych kosztów w kosztach razem miał miejsce w czerwcu i wynosił 86,55%, najniższy w marcu w wysokości 78,58%.

Tabela 24. Struktura kosztów poradni specjalistycznych

Treść	Dane w %					
	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Koszty zmienne leczenia	17,98	18,34	21,42	17,83	20,12	13,45
Koszty stałe działalności oddziału	82,02	81,66	78,58	82,17	79,88	86,55
Koszty razem	100	100	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne.

Widoczne relatywne czy bezwzględne dalsze zmniejszenie kosztów jest właściwie ograniczone ze względu na wcześniej poczynione w nich redukcje. Poprawę wyniku finansowego oddziałów można upatrywać w zwiększonej wartości sprzedaży usług, czyli głównie wartości kontraktów z Narodowego Funduszu Zdrowia (pozostaje jednak kwestia wykonania kontraktu), w większej liczbie przyjmowanych pacjentów, w tym spoza województwa.

Podsumowanie

W Polsce nadal często w tych samych oddziałach leczeni są pacjenci wymagający opieki intensywnej, jak również chorzy wymagający głównie opieki długoterminowej, paliatywnej oraz pielęgnacyjno-opiekuńczej. Wynika to z braku w krajowym systemie ośrodków opieki długoterminowej (ośrodki opiekuńczo-lecznicze i chorób wieku starszego) oraz opieki hospicyjnej. Nadal w szpitalach istnieje zbyt mała liczba łóżek dziennych. System finansowania szpitali istniejący do 1999 roku nie zachęcał do stosowania alternatywnych pod względem skuteczności, ale tańszych form opieki. W obecnym systemie zaczynają pojawiać się takie motywacje, stąd potrzeba zmian w strukturze zasobów podmiotów leczniczych. Pojawiają się także nowe potrzeby związane z oczekiwaniami społecznymi w zakresie zmiany stylów opieki nad osobami starszymi, co wynika z istotnych zmian demograficznych w Polsce.

W Programie Unii Europejskiej Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego 2014-2020[18] wskazuje się, że zdrowie może stać się korzystną inwestycją, a nie kosztem[19].

[18] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego", trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014-2020, KOM(2011) 709, Bruksela 2011, art. 2.

[19] B. Łyszczarz, Z. Wyszkowska, *Szacowanie efektywności w opiece zdrowotnej – metodologia i zastosowania*, [w:] I. Rudawska, E. Urbańczyk (red.), *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Difin, Warszawa 2012, s. 222.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Ponadto badania przeprowadzone dotychczas w 22 krajach Unii Europejskiej wskazują, że straty przypisane do zdrowia jako dobra inwestycyjnego szacowane są na około 1,4% PKB, co w wielkościach bezwzględnych stanowi około 141 mld euro rocznie[20]. Powyższe argumenty przemawiają za inwestowaniem w zdrowie, w tym w placówki medyczne, istotne jest jednak, gdzie mają one powstawać, w oparciu o jaką infrastrukturę i co najważniejsze – w jaki sposób i z jakich źródeł będą finansowane. Wiele podmiotów leczniczych, podobnie jak tu oceniany, boryka się z poważnymi problemami finansowymi, jednak ich istnienie i świadczenie usług medycznych z zachowaniem najwyższych standardów gwarantujących bezpieczeństwo pacjentów nie może być postrzegane jedynie przez pryzmat osiąganych wyników finansowych.

Bibliografia

Bednarski L., Borowiecki R., Duraj J., Kurtys E., Waśniewski T., Wersty B., *Analiza ekonomiczna przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. O. Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003.

Fijałkowska B., Maroszek J., *Kreowanie wyników finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2012 r*oku, [w:] J. Ostaszewski, E. Kosycarz (red.), *Rozwój nauki o finansach. Stan obecny i pożądane kierunki jej ewolucji*, Wyd. SGH, Warszawa 2014.

Gabrusewicz W., *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2014.

Hamrol M. (red.), *Analiza finansowa przedsiębiorstwa. Ujęcie sytuacyjne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004.

Hernández de Cos P., Moral-Benito E., *Determinants of health-system efficiency: evidence from OECD countries*, „International Journal of Health Care Finance and Economics" 2014, no. 14.

Jerzemowska M., *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2004.

Kujawska J., *Koszty administracyjne w szpitalu*, „Zarządzanie kosztami i dokonaniami. Prace Naukowe UE we Wrocławiu" 2015, nr 398.

Łyszczarz B., Wyszkowska Z., *Szacowanie efektywności w opiece zdrowotnej – metodologia i zastosowania*, [w:] I. Rudawska, E. Urbańczyk (red.), *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Difin, Warszawa 2012.

Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E., *Economic implications of socio-economic inequities in health in the European Union*, Health & Consumer Protection Directorate-General European Commission, Luxemburg 2007.

Mioduchowska-Jaroszewicz E., *The Evaluation of Financial Standing of Medical Institutions*, Engineering Management in Production and Services, Bialystok University of Technology Faculty of Management, Vol. 9, Issuse 2, 2017.

[20] J.P. Mackenbach, W.J. Meerding, A.E. Kunst, *Economic implications of socio-economic inequities in health in the European Union*, "Health &Consumer Protection Directorate-General European Commission", Luxemburg 2007, s. 41.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Mioduchowska-Jaroszewicz E., *Metody i kierunki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] E. Urbańczyk, I. Rudawska (red.), *Ekonomiczno-organizacyjne problemy zarządzania jednostkami służby zdrowia*, Studia i Materiały Polskiego Towarzystwa Zarządzania Wiedzą Bałtyckie Forum Zdrowia, Bydgoszcz 2010.

Romanowska M., *Analiza podmiotu leczniczego na przykładzie szpitala spółki z o.o*, [w:] A. Jaki, M. Kowalik (red.), *Współczesne oblicza i dylematy restrukturyzacji*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2015.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r., nr 31, poz. 158).

Stępniewski J. (red.), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o, Warszawa 2008.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217).

Ustawa z dnia 15 września 2000 r. 7 Kodeks Spółek Handlowych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1030).

Waśniewski T., Skoczylas W., *Teoria i praktyka analizy finansowej w przedsiębiorstwie*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2004.

Wawrowski R., *Wpływ regulacji prawnych na prezentacje funduszy i znaczenie wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – kluczowe zmiany*, Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu. Studia Zarządzania i Finansów 6, 2014.

Wędzki D., *Analiza wskaźnikowa sprawozdania finansowego*, Oficyna Ekonomiczna Wolters Kluwer, Kraków 2006.

Impact of costs and revenues on the financial result of the health entity

Abstract
This aim of the article is to present the results of profitability evaluation of the departments forming the studied healthcare entity from Poland. In the analysis of profitability the authors applied simple tools of financial analysis, i.e. absolute deviation, indicators of growth rate and indicators of structure. Revenues were compared with costs in order to determine the profitability of each department of the studied healthcare entity. Despite the fact that not all the departments in this entity showed profitability, it should be emphasized that according to the EU Health for Growth Programme 2014-2020 health is a profitable investment in itself. Moreover, the studies so far carried out in 22 EU countries revealed that health is a good investment for the future.

Keywords: efficiency, health units, costs, revenues JEL Classification: G30, H5

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Dariusz Grelowski[1]

Regulacje systemu ochrony zdrowia a jakość usług zdrowotnych

Streszczenie
Niniejszy artykuł ma na celu zaprezentowanie różnych form regulacji systemu ochrony zdrowia na świecie i w Polsce, a także krótkie ukazanie znaczenia zarządzania jakością w ochronie zdrowia. W dalszej części artykuł ukazuje, w jaki sposób zastosowanie różnych regulacji ma wpływ na funkcjonowanie poszczególnych elementów polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym na jakość usług zdrowotnych. Niniejsze opracowanie ukazuje również, jak zmieniało się podejście do zarządzania jakością w polskim systemie ochrony zdrowia. Artykuł przedstawia także wzajemne powiązania pomiędzy uczestnikami systemu ochrony zdrowia, tj. pacjentami, świadczeniodawcami oraz „regulatorami" rynku usług medycznych.

Słowa kluczowe: jakość, ochrona zdrowia, zarządzanie jakością, system ochrony zdrowia

Wstęp

Niewiele jest zagadnień w ochronie zdrowia
niż jakość opieki[2]

W dobie powszechnej globalizacji, postępu medycyny we wszystkich jej aspektach jakość świadczeń zdrowotnych stała się kluczowym zagadnieniem związanym z organizacją współczesnego systemu opieki zdrowotnej. Na świecie i w Polsce obserwuje się tendencje do wdrażania systemów związanych z zarządzaniem jakością. Podmioty systemu ochrony zdrowia coraz częściej wdrażają koncepcje TQM, poddają się procesom akredytacji lub certyfikacji. Utrzymanie odpowiedniej jakości w systemie ochrony zdrowia wymaga opracowania spójnych i dobrze zorganizowanych procesów oraz odpowiedniego wykorzystania infrastruktury, przy ograniczonych środkach finansowych. Zarządzający systemem muszą swe działania koncentrować na efektywności i doskonaleniu metod, aby zapewnić odpowiednią jakość funkcjonowania systemu.

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie wpływu organizacji systemu ochrony zdrowia na jego jakość.

[1] Mgr; Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach.
[2] Council of Institute of Medicine. American's Health in Transition. Protecting and Improving Quality. National Academy Press. Washington 1994.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

1. Definicja systemu ochrony zdrowia oraz jej modele

System ochrony zdrowia można zdefiniować jako zespół zorganizowanych, powiązanych i wzajemnie na siebie oddziałujących podmiotów i procesów, z których każdy zmierza do osiągnięcia nadrzędnego celu, tj. podniesienia poziomu zdrowia określonej populacji.

Zgodnie z syntetycznym podejściem Światowej Organizacji Zdrowia system ochrony zdrowia łączy wszystkie aktywności, których pierwotnym celem jest promowanie, odtwarzanie i utrzymanie zdrowia. Obejmuje wszystkie organizacje, instytucje, ludzi, a także zasoby materialne i niematerialne, które są ukierunkowane na działania zdrowotne lub mają je w swoich kompetencjach[3].

W polskim systemie ochrony zdrowia elementami tego systemu są m.in.:

- pacjenci,
- personel medyczny,
- świadczeniodawcy,
- podmioty edukacyjne,
- pracodawcy,
- płatnicy (publiczni i prywatni),
- samorząd terytorialny,
- władza centralna, w tym regulator rynku,
- organizacje pozarządowe.

A. Wojtczak zdefiniował system ochrony zdrowia jako „uporządkowany zbiór zasobów tworzących zorganizowaną całość, odpowiednio finansowaną i zarządzaną, mającą na celu zapewnienie opieki medycznej oraz poprawę stanu zdrowia społeczeństwa”[4].

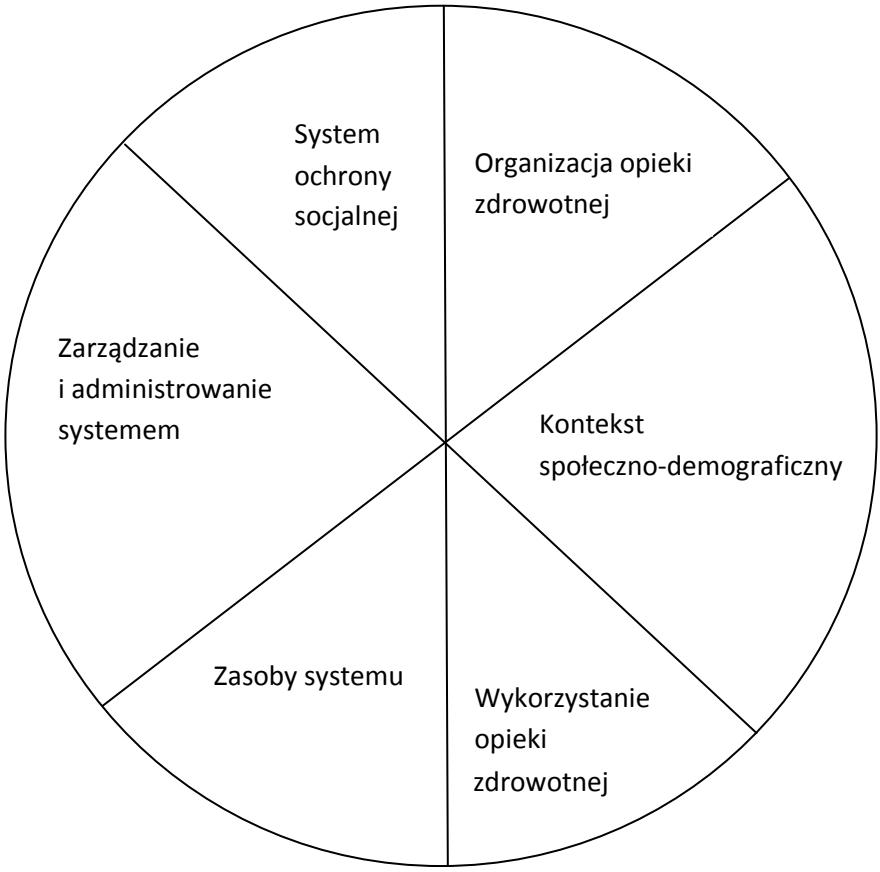
Rysunek 1 obrazuje przykładowy model elementów systemu opieki zdrowotnej.

[3] A. Mądrala, *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*, Akademia Zdrowia, Warszawa 2013, s. 8.

[4] A. Wojtczak, *Systemy opieki zdrowotnej w świecie: organizacja i finansowanie*, www.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Rysunek 1. System zdrowia – model analizy według Chombauda



Źródło: S. Poździoch, *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 132.

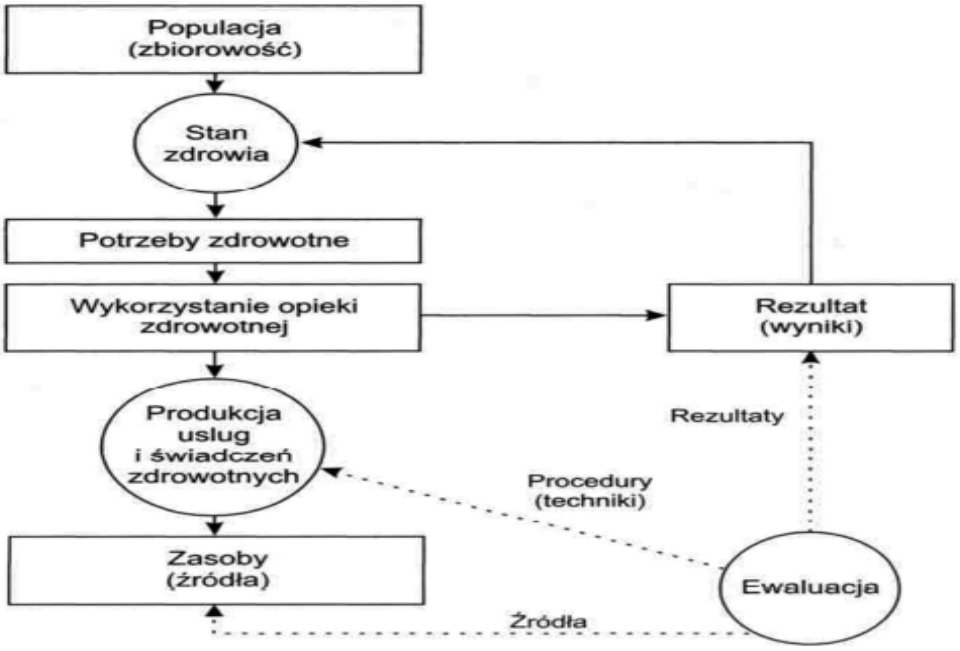
Oceniając system opieki zdrowotnej, należy uwzględniać wzajemne zależności występujące pomiędzy następującymi elementami:
- zasobami systemu,
- aktywnością mierzoną ilością i jakością świadczeń i usług,
- stanem zdrowia populacji i stopniem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych[5].

Rysunek 2 prezentuje opisane powyżej zależności.

[5] S. Poździoch, *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 128.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Rysunek 2. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej według Contandripolusa



Źródło: S. Poździoch, *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 130.

Zróżnicowane podejście do zagadnień związanych z finasowaniem opieki zdrowotnej, roli państwa w systemie, regulacji systemu w zakresie dostępności do usług medycznych spowodowało stworzenie pewnych modeli systemu opieki zdrowotnej, które zaprezentowano w poniższej tabeli.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Tabela 1. Podstawowe modele systemu opieki zdrowotnej

Wyznacznik	Model Bismarcka (ubezpieczeniowy)	Model Beveridge'a	Model rezydualny	Model Siemiaszki
Finansowanie systemu	Przez fundusze ubezpieczeniowe gromadzone z obowiązkowych składek pracowników i pracodawców	Z budżetu państwa, który jest zasilany przez podatki	Sfera zdrowia publicznego finansowana jest z budżetu państwa; Sfera zdrowia indywidulanego finansowana jest z ubezpieczeń dobrowolnych	Z budżetu państwa
Udział państwa	Sprawuje nadzór; Tworzy ramy prawne funkcjonowania systemu; Instytucje ubezpieczeniowe są niezależne od administracji publicznej państwa	Kontroluje cały system; Odpowiada za dostępność do usług zdrowotnych; Określa poprzez akty prawne potrzeby zdrowotne systemu	Ograniczona kontrola nad wydatkami i rozmieszczeniem zasobów; Rezygnacja z odpowiedzialności za dostęp do opieki zdrowotnej	Pełna kontrola systemu
Przywileje	Osoby osiągające wysoki dochód są zwolnione z obowiązku ubezpieczenia, mogą korzystać z ubezpieczeń prywatnych	Swoboda wyboru jest ograniczona do wyboru lekarza pierwszego kontaktu	Pacjenci będący w szczególnej potrzebie (osoby niezamożne) są objęte opieką zapewnioną przez państwo	Bezpłatny dostęp do świadczeń (współpłacenie tylko przy zakupie leków)
Prawo do świadczeń	Wynika z warunków umowy ubezpieczeniowej	Wszyscy mają dostęp do opieki na takich samych zasadach	W sektorze prywatnym dostęp uwarunkowany jest poziomem zamożności konsumenta	Bezpłatne prawo do świadczeń

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Wyznacznik	Model Bismarcka (ubezpieczeniowy)	Model Beveridge'a	Model rezydualny	Model Siemiaszki
Nastawienie na jakość w systemie	Dobrowolne wdrażanie systemów jakości	Minimalne wymagania dotyczące jakości usług są zdefiniowane przez przepisy prawne	Konkurencja rynkowa wymusza konkurowanie poprzez jakość usług	Nastawienie głównie na kontrolę; Jakość regulowana przez akty prawne
Kraj	Np. Niemcy, Francja	Np. Wielka Brytania	USA	Polska (1950-1999), ZSRR

Źródło: opracowanie własne na podst. A. Hajduk, *Systemy opieki zdrowotnej*, manuskrypt, Kraków 2000.

Wybór modelu systemu ochrony zdrowia powinien zależeć od:
- celów, jakie są przed nim stawiane,
- uwarunkowań historycznych, gospodarczych, demograficznych,
- szeroko pojętych zasobów (ludzkich oraz infrastruktury).

Należy jednak pamiętać, że w dobie postępującej globalizacji, rozwoju technologii, zmian politycznych, niewspółmiernych potrzeb zdrowotnych obywateli do możliwości finansowanych sektora ochrony zdrowia nie ma idealnego modelu.

2. Jakość w ochronie zdrowia

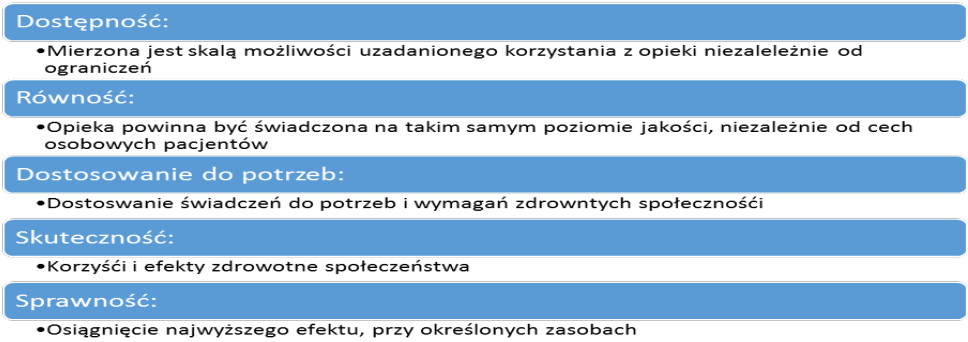
Jakość w ochronie zdrowia najogólniej można określić jako spełnienie określonych oczekiwań i wymagań pacjenta (klienta). R.H. Palmer określił jakość opieki zdrowotnej jako poprawę stanu zdrowia i zadowolenia całego społeczeństwa w ramach istniejących ograniczeń technologicznych[6].

Jakość w ochronie zdrowia wyznaczona jest poprzez wymiary usługi medycznej (rys. 3).

[6] R.H. Palmer, *Striving for Quality in Health Care*, Michigan Press Ann Press Arbor, 1991, s. 59.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Rysunek 3. Wymiary usługi medycznej

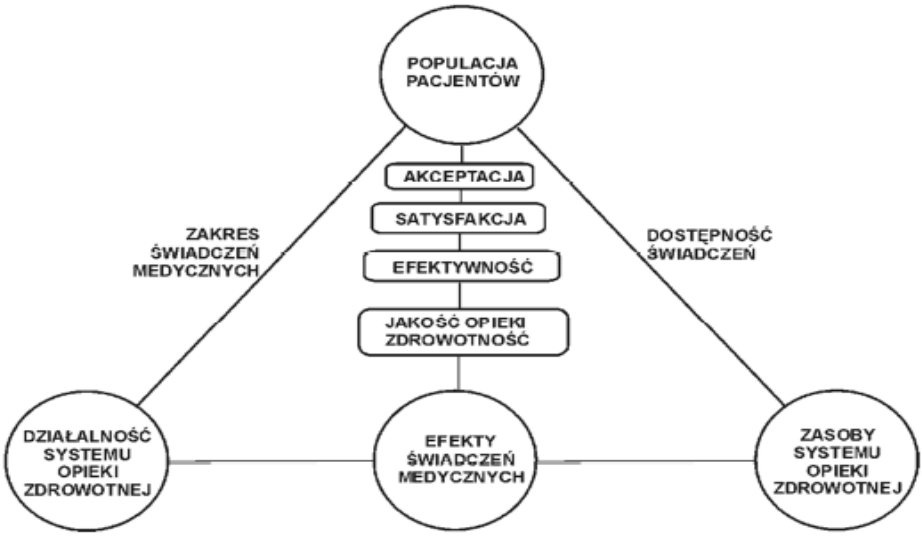

Dostępność:
•Mierzona jest skalą możliwości uzadanionego korzystania z opieki niezaleleżnie od ograniczeń
Równość:
•Opieka powinna być świadczona na takim samym poziomie jakości, niezależnie od cech osobowych pacjentów
Dostosowanie do potrzeb:
•Dostoswanie świadczeń do potrzeb i wymagań zdrowntych społeczności
Skuteczność:
•Korzyśći i efekty zdrowotne społeczeństwa
Sprawność:
•Osiągnięcie najwyższego efektu, przy określonych zasobach

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R.J. Maxwell, *Quality Assesment in Health,* „British Medical Journal" 1984, nr 288, s. 1471.

Podsumowując, należy stwierdzić, że jakość w systemie ochrony zdrowia jest wzajemną relacją sposobu organizacji systemu ochrony zdrowia, kosztów opieki, metod leczenia przy zastosowaniu znanych technologii, dostosowaniu do potrzeb, a także do wzajemnych relacji między uczestnikami systemu: pacjentami, świadczeniodawcami oraz organizatorami rynku usług medycznych.

Rysunek 4 obrazuje, jakie elementy regulujące system ochrony zdrowia wpływają na jego sprawność, która z kolei ma wpływ na jakość opieki zdrowotnej.

Rysunek 4. Elementy opieki zdrowotnej i kryteria jej sprawności



Źródło: S. Poździoch, *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 138.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

3. Sprawne działanie polskiego systemu ochrony zdrowia jako determinanta poprawy jakości usług zdrowotnych

Zagadnienia jakości usług medycznych zostały wyraźnie podkreślone w opracowanej w 1996 roku przez WHO „Karcie reform opieki zdrowotnej", której główna teza głosi, że **systemy opieki zdrowotnej muszą być skoncentrowane na jakości.** Zgodnie z tym dokumentem, budując programy poprawy jakości usług, należy:

- identyfikować wyniki,
- jasno i precyzyjnie określać cele,
- prowadzić profesjonalną samoocenę,
- włączać pacjentów do procesu doskonalenia jakości opieki[7].

Organizacja sprawnego systemu ochrony zdrowia w Polsce sięga okresu międzywojennego (lata 1918-1939). Tak zwana ustawa sanitarna z 1919 roku określała i rozdzielała zadania z zakresu ochrony zdrowia pomiędzy administrację rządową i terenową. Konstytucja z 1921 roku określała podstawowe zadania państwa w sferze organizacji zdrowia publicznego. W tym okresie uregulowano następujące zagadnienia:

- prawo o zdrowiu publicznym,
- prawo o zakładach opieki zdrowotnej,
- prawo o zawodach medycznych,
- prawo o lekach.

W latach 50. XX w. przyjęto w polskim systemie ochrony zdrowia całkowicie odmienne rozwiązania. W okresie tym nastąpiła szeroko pojęta centralizacja usług. Państwo stworzyło monopol na tworzenie i prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej, dystrybucję leków czy prowadzenie aptek. W okresie tym został zlikwidowany system ubezpieczeń społecznych, a system był finansowany z budżetu centralnego. System ten zapewniał formalnie szeroki dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej, i mimo licznych niedoborów i wad (np. niedobory leków, niska jakość opieki, przestarzały sprzęt medyczny) tworzył przekonanie o powszechnej dostępności usług medycznych i w konsekwencji miał długotrwały wpływ na negatywny stosunek społeczeństwa do reform systemu ochrony zdrowia na początku lat 90. XX w.

Cele reformy, o której mowa powyżej, zakładały:

- poprawę skuteczności systemu – poprzez zmianę struktury systemu,
- poprawę jakości – poprzez rozwój usług, zatrudnienie dobrze wykształconej kadry medycznej, poprawę infrastruktury i wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej,
- zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej – zwiększenie liczby placówek, możliwość wyboru lekarza, pielęgniarki, zapewnienie prowadzenia koordynacji procesu diagnostyki i leczenia przez jednego lekarza, ułatwienie dostępu do badań, konsultacji i zabiegów specjalistycznych.

[7] M. Hirschfeld, *Quality of care in nursing: a global perspective*, Health Care in Transitions, WHO/EURO, Spring 1997, vol. 1, s. 2.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Reforma wykreowała powiązanych ze sobą partnerów (organizatorów) systemu ochrony zdrowa, mających wpływ na jakość usług medycznych w Polsce, tj.:

1. płatnika – obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia,
2. świadczeniodawcę – prywatne i publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3. świadczeniobiorcę – klienta korzystającego z usług zdrowotnych.

Obecnie system opieki zdrowotnej Polsce kształtują m.in. następujące akty prawne:

- Ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r.),
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r.),
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r.),
- Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym (Dz.U. z 2005 r.),
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r.),
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r.),
- Ustawa Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 r.),
- Ustawa wprowadzająca ustawę – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r.).

Zapoczątkowane w latach 90. XX w. reformy spowodowały, że polski system ochrony zdrowia uległ ekonomizacji, w związku z tym jednostki ochrony zdrowia musiały rozważyć w swojej działalności zapewnienie usług na odpowiednim poziomie jakości.

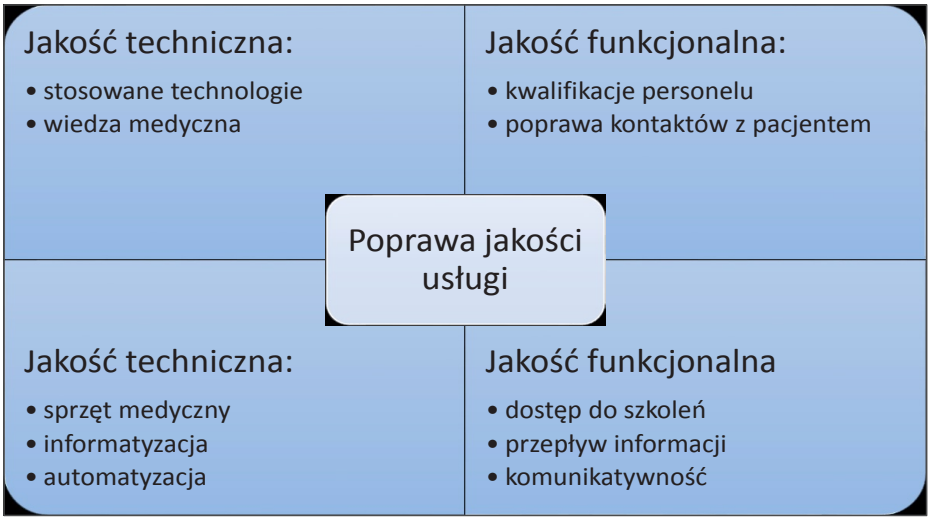
Pod koniec lat 90. ubiegłego wieku coraz więcej placówek ochrony zdrowia zaczęło dostrzegać konieczność wdrażania różnych systemów zarządzania jakością, jak np.:

1. system akredytacji szpitali prowadzony przez Centrum Monitorowania Jakością Szpitali w Krakowie,
2. system zarządzania jakością oparty na międzynarodowej normie ISO,
3. Europejska Nagroda Jakości,
4. Programy „Teraz Polska", „Rzetelna Firma", „Perły Medycyny".

Obecnie NFZ przy udzielaniu kontraktów przyznaje dodatkowe punkty świadczeniodawcom, którzy uzyskali akredytację albo certyfikat spełniania norm ISO. Możliwość wyboru placówki, lekarza, usługi medycznej przez pacjenta spowodowała, że podmioty świadczące usługi medyczne zaczęły identyfikować potrzeby klienta obecnego i potencjalnego oraz podnosić jakość świadczonych usług. Poprawa jakości usług w polskim systemie ochrony zdrowia nastąpiła zarówno w sferze infrastrukturalnej (jakość techniczna), jak i organizacyjnej (jakość funkcjonalna), co ilustruje rysunek 5.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Rysunek 5. Poprawa jakości usługi zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

Podmioty świadczące usługi medyczne w Polsce coraz lepiej rozumieją potrzeby klientów, przez co dostosowują jakość swoich usług poprzez doskonalenie:

- procesów ich świadczenia:
- obsługi pacjentów (np. możliwość rejestracji przez Internet, rejestracji na daną godzinę itp., zwiększenie dostępności poprzez otwarcie nowych placówek w danej sieci).
- infrastruktury (np. nowoczesne sale operacyjne z wyposażeniem, sprzęt diagnostyczny, sprzęt medyczny itp.).

Obecnie dużym problemem dla dalszego rozwoju jakości usług medycznych w Polsce może być m.in.:

- sytuacja demograficzna (starzejące się społeczeństwo),
- wyjazd doświadczonego personelu medycznego do innych krajów,
- ograniczone środki finansowe przeznaczone na ochronę zdrowia przy zwiększającej się liczbie świadczeń zdrowotnych,
- próby centralizacji finansowania i organizacji usług medycznych – np. wprowadzenie ustawy o sieci szpitali.

Dlatego ważne jest, aby planować dalsze doskonalenie jakości usług medycznych poprzez dokładną analizę i ocenę jakości:

1. struktury,
2. procesu,
3. wyniku.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

O jakości struktury decyduje:
- liczba i kwalifikacje personelu,
- organizacja placówki,
- możliwości finansowe,
- wyposażenie.

Na jakość procesu leczenia wpływa realizacja powtarzalnych i sprawdzonych reguł i procedur odzwierciedlających stan wiedzy medycznej. Ocena jakości w odniesieniu do wyników ukierunkowana jest na ustalenie stopnia poprawy stanu zdrowia pacjenta i jego zadowolenia.

Podsumowanie

Mając na uwadze powyższe rozważania, można stwierdzić, że funkcjonujący obecnie system ochrony zdrowia w Polsce (mimo jego różnych wad) determinuje poprawę jakości usług zdrowotnych.

Podmioty świadczące usługi medyczne dążą do poprawy jakości poprzez:
- doskonalenie procesów zarządczych,
- efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów,
- orientację na oczekiwania klienta,
- rozwój oferowanych usług: stosowanie nowych technologii, metod leczenia,
- szkolenie pracowników,
- wdrażanie różnorodnych systemów zarządzania jakością.

Bibliografia

Council of Institute of Medicine. American's Health in Transition. Protecting and Improving Quality. National Academy Press. Washington 1994.

Hirschfeld M., *Quality of care in nursing: a global perspective*, Health Care in Transitions, WHO/EURO Spring 1997.

Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.

Maxwell R.J., *Quality Assesment in Health*, "British Medical Journal" 1984, nr 288.

Mądrala A., *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*, Akademia Zdrowia, Warszawa 2013.

Palmer R.H., *Striving for Quality in Health Care*, Michigan Press Ann Press Arbor, 1991.

Poździoch S., *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000,

Wojtczak A., *Systemy opieki zdrowotnej w świecie: organizacja i finansowanie*, Materiały konferencyjne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Regulations of the health care system and the quality of health services

Abstract
This article is presenting the various forms of organization of the health care system in the world and in Poland. As well as briefly showing the importance of quality management in health care. The article illustrates how the regulations of particular elements of the Polish health system affects the quality of health services. The article further illustrates how the application of various regulations affects the functioning of particular elements of the Polish health system, including the quality of health services. This study also shows how the approach to quality management in the Polish health system has changed. The article also presents the reciprocal links between healthcare systems, i.e. patients, providers and regulators of the medical services market.

Keywords: quality, health protection, management, health protection system

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Wydaj z nami swoją własną książkę!!!

Zapraszamy do współpracy z Oficyną Wydawniczą „Humanitas". Oferujemy autorom i podmiotom instytucjonalnym usługi profesjonalnego opracowania redakcyjnego, graficznego i technicznego książek oraz ich wydanie, wraz z wprowadzeniem na rynek – szybko, profesjonalnie, tanio! Chcemy pomóc upowszechniać wiedzę, którą będzie można wykorzystać zarówno w pracy zawodowej, jak i w codziennym życiu. Nasza oferta skierowana jest do autorów:

- prac naukowych
- monografii autorskich i wieloautorskich
- periodyków
- materiałów przed- i pokonferencyjnych
- podręczników, ćwiczeń, zbiorów zadań
- poradników

KONTAKT:
Oficyna Wydawnicza Humanitas
ul. Kilińskiego 43, 41-200 Sosnowiec

tel. **(32) 3631225**
e-mail: **wydawnictwo@humanitas.edu.pl**

humanitas.edu.pl/pl/wydawnictwo
https://www.facebook.com/oficynawydawniczahumanitas/

Zakres usług Wydawniczych

- **Recenzja** (doktorska lub profesorska)
- **Redakcja merytoryczna**
- **Korekta** (merytoryczna i techniczna)
- **Skład komputerowy**
- **Opracowanie graficzne**
- **Promocja**
- **Sprzedaż**
- **ISBN polski i czeski** (status publikacji międzynarodowej)

Stawiamy na rzetelne przygotowanie publikacji do druku i indywidualne podejście do każdego projektu. Autor ma wgląd w każdy etap procesu wydawniczego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6395213A30353764